



*Universidade Nova de Lisboa*  
*Escola Nacional de Saúde Pública*

**VIII Mestrado em Gestão da Saúde**

**2012/2014**

*Caraterização do Acesso ao Centro  
Hospitalar Lisboa Norte, EPE*

**Análise do acesso e da utilização da Consulta Externa e da Urgência do  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE**

Mestrando: Rafaela Rosa de Sousa

Orientador: Professora Doutora Ana Escoval

Coorientador: Doutora Ana Isabel Santos

Lisboa, 2014



*Universidade Nova de Lisboa*  
*Escola Nacional de Saúde Pública*

**VIII Mestrado em Gestão da Saúde**

**2012/2014**

# *Caraterização do Acesso ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE*

**Análise do acesso e da utilização da Consulta Externa e da Urgência do  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE**

---

Dissertação para a Obtenção do Grau de Mestre em Gestão da Saúde

Mestrando: Rafaela Rosa de Sousa

Orientador: Professora Doutora Ana Escoval

Coorientador: Doutora Ana Isabel Santos

Lisboa, 2014



## Resumo

**Introdução:** As alterações verificadas no dimensionamento e na redistribuição da rede de prestação de cuidados hospitalares, nomeadamente no que confere à reorganização das áreas de influência, e, cumulativamente, à abertura do Hospital Beatriz Ângelo, tornam evidente a necessidade de se analisar o acesso e a utilização da consulta externa e da urgência, antes e depois destas alterações.

**Objetivo:** Este trabalho de investigação tem como principal objetivo analisar o acesso e a utilização da consulta externa e da urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte e verificar a evolução desse mesmo acesso, no período de 2010 a 2013.

**Material e Métodos:** Estudo descritivo que visa determinar a frequência e a distribuição dos episódios de Consulta Externa e de Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte. Foram considerados todos os episódios de consulta externa (3785579 episódios) e de urgência (1140052 episódios) ocorridos entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2013.

**Resultados:** Entre 2010 e 2013, verificou-se o aumento de +2,3% no número de primeiras consultas e de +5%, em consultas subsequentes. As especialidades médicas com maior afluência são Oftalmologia, Dermatologia I, Pediatria e Otorrinolaringologia I. Observou-se, no total de consultas, qual a percentagem que, em cada ano, obteve um tempo de espera inferior a 1 mês, entre a marcação e a realização da consulta: 56,7%, em 2010; 54,3%, em 2011; 55% em 2012; 56,2%, em 2013.

Verificou-se o decréscimo do número de atendimentos de urgência, no período em análise, de -38,9%. Cerca de 90% dos atendimentos de urgência respeitam a utentes que acorrem diretamente à urgência sem virem referenciados de outras unidades de saúde. Os meses de janeiro e fevereiro são aqueles que registam maior afluência, 9,9% e 8,8%, respetivamente. O período de maior afluência regista-se entre as 9 e as 11 horas, representando 20,7% dos episódios, em 2010, 21,2%, em 2011, 21% e 20,5%, em 2012 e 2013, respetivamente.

**Conclusão:** Face à alteração da área de influência do Centro Hospitalar Lisboa Norte, torna-se necessária a adaptação da capacidade instalada para haja um sobredimensionamento face à procura, bem como a adequação de recursos internos, financeiros, humanos e tecnológicos.

**Palavras-Chave:** Cuidados Hospitalares; Acesso; Áreas de Influência; Consulta Externa; Urgência.

## Abstract

**Introduction:** The changes in the design and in the redistribution of hospital care network, in particular related with the reorganization of the areas of influence and cumulatively, the opening of the Beatriz Ângelo Hospital, underline the need to analyze the access and the use of outpatient and emergency, before and after these modifications.

**Objective:** This research aims to analyze access and use of outpatient and emergency of the North Lisbon Hospital Center, and verify the evolution of that access, between 2010 and 2013.

**Material and Methods:** This descriptive study aims to determine the frequency and the distribution of episodes of the Outpatient and the Emergency of the North Lisbon Hospital Center. All outpatient episodes (3785579 episodes) and emergency (1140052 episodes) which occurred between January 1<sup>st</sup> 2010 and December 31<sup>st</sup> 2013 were analyzed.

**Results:** Between 2010 and 2013, there was an increase of +2,3% in the number of the first medical consultations and of +5% in subsequent medical consultations. The medical specialties with more medical consultations are Ophthalmology, Dermatology I, Pediatrics and Otorhinolaryngology I. In the total of consultations, the percentage that, in each year, had a wait time less than 1 month, between the scheduling and the actual appointment, was: 56,7% in 2010; 54,3% in 2011; 55 % in 2012; 56,2% in 2013.

There was a decrease in the number of emergency episodes, in the period under review, of -38.9%. About 90% of emergency episodes are of patients who come to the emergency with no reference or requisition from other health care services. The months of January and February are those which have a higher turnout, 9,9% and 8,8%, respectively. The busiest period is between 9 and 11 p.m., representing 20,7% of emergency episodes in 2010, 21,2% in 2011, 21% and 20,5% in 2012 and 2013, respectively.

**Conclusion:** Given the change in the area of influence of the North Lisbon Hospital Center, the adaption of the capacity to ensure the oversizing in relation to demand becomes necessary, as well as to adequate the internal, the financial, the human and the technological resources.

**Keywords:** Hospital Care; Access; Areas of Influences; Outpatient; Emergency

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Escoval, pelos conselhos e sugestões indispensáveis para a realização deste trabalho, sem os quais a sua concretização não seria possível.

À minha coorientadora, Doutora Ana Isabel Santos, pela disponibilidade, pela paciência, pelo acompanhamento atento e pelas palavras de incentivo.

À Professora Doutora Carla Nunes, pelo apoio e sugestões valiosas na operacionalização deste trabalho.

À Doutora Sandra Isabel Brás e à Doutora Madalena Teles Araújo, pela disponibilidade e pela celeridade na disponibilização dos dados necessários para a realização deste projeto.

Aos meus pais por realizarem, sempre que podem, os meus sonhos e ambições.

À Marta e à Beatriz, por estarem sempre ao meu lado.

À minha avó Aida, por ter sempre mais um minuto para ajudar.

## Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de saúde

ADM - Assistência na Doença aos Militares

ADSE - Direção Geral de proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

APDH - Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

ARS - Administração Regional de Saúde

ARS LVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CARRNEU - Comissão para Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

CE - Consulta Externa

CH - Centros Hospitalares

CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte

CID - Classificação Internacional de Doenças

CRI - Centros de Responsabilidade Integrados

CS - Centros de Saúde

CSH - Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTH - Consulta a Tempo e Horas

DL - Decreto-Lei

EFR - Entidade Financiadora Responsável

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

EPE - Entidades Públicas Empresariais

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

GCD - Grande Categoria de Diagnóstico

GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneo

GNR - Guarda Nacional Replubicana

GTRH - Grupo de Trabalho para a Reforma Hospitalar

HD - Hospital de Dia

HPV - Hospital Pulido Valente

HSM - Hospital de Santa Maria

ICM - Índice de Case-Mix

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPO - Instituto Português de Oncologia  
LBS - Lei de Bases da Saúde  
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica  
MdE - Memorando de Entendimento  
OCDE - Organização de Cooperação de Desenvolvimento Económico  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
PALOP - Países de Língua Oficial Portuguesa  
PIB - Produto Interno Bruto  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
PPP - Parcerias Público-Privadas  
PSP - Polícia de Segurança Pública  
RJGH - Regime Jurídico da Gestão Hospitalar  
RLVT - Região de Lisboa e Vale do Tejo  
RNCC - Rede Nacional de Cuidados Continuados  
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
RRH - Redes de Referência Hospitalar  
SA - Sociedades Anónimas  
SAD - Serviços de Assistência na Doença  
SAMS - Serviço de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários  
SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Consulta  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
SPA - Setor Público Administrativo  
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences  
SU - Serviço de Urgência  
SUB - Serviço de Urgência Básica  
TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos  
UNL - Universidade Nova de Lisboa  
USF - Unidade de Saúde Familiar  
WHO - World Health Organization



# Índice

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
1.1. Apresentação do Projeto e Importância do Tema	1
1.2. Objetivos do Projeto	3
<b>2. O CONTEXTO DO ESTUDO</b>	<b>4</b>
2.1. Os Cuidados de Saúde Hospitalares	4
2.1.1. Breve Introdução	5
2.1.2. Situação Atual	7
2.1.2.1. Transferência de cuidados para a comunidade	8
2.1.2.2. Sustentabilidade	10
2.2. Acesso aos Cuidados de Saúde - Conceitos e Dimensões	17
2.3. Áreas de referência e de influência – Contextualização	24
2.4. Área Regional de Influência – Região de Lisboa	31
2.4.1. Caracterização da oferta de cuidados hospitalares	32
2.4.2. Caracterização da população da área de atração	37
2.4.2.1. Demografia	37
2.4.2.2. Agregado Familiar	39
2.4.2.3. Escolaridade	40
2.4.2.4. Rendimento	40
2.4.2.5. Estado de Saúde	43
2.5. Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	44
2.5.1. Tipologia de cuidados hospitalares disponíveis	45
2.5.2. Mapeamento Geográfico da área de influência	47
2.5.3. Caracterização demográfica da área de influência	49
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>49</b>
3.1. Fonte de dados	49
3.2. Unidades de observação	50
3.3. Tipo de Estudo	50
3.4. Variáveis em estudo	50
3.4.1. Descrição, classificação e operacionalização das variáveis	51
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>54</b>
4.1. Análise descritiva dos dados da Consulta Externa	54
4.2. Análise descritiva dos dados do Serviço de Urgência	68
<b>5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>81</b>

<b>6. LIMITAÇÕES</b>	88
<b>7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	90
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	92

## **ANEXOS**

<b>Anexo I</b> - Modelo de Acesso aos Cuidados de Saúde de Wan e Soifer, 1974	102
<b>Anexo II</b> – Modelo de Acesso aos Cuidados de Saúde de Stock, 1987	102
<b>Anexo III</b> – Mapeamento dos Hospitais públicos gerais e áreas de influência	103
<b>Anexo IV</b> – Mapeamento dos Hospitais da rede hospitalar com financiamento público e áreas de influência	104
<b>Anexo V</b> - Correspondência das novas freguesias com as antigas	105
<b>Anexo VI</b> - Estrutura da população residente por grupo etário, 2011	105
<b>Anexo VII</b> - População residente por grupos etários e índices de dependência, 2011	106
<b>Anexo VIII</b> - Famílias Unipessoais. Percentagem em relação ao total de famílias clássicas; Famílias unipessoais por sexo, 2011	106
<b>Anexo IX</b> - Famílias Unipessoais por grupo etário, 2011	106
<b>Anexo X</b> – Distribuição dos Episódios de Urgência, de acordo com o mês de acesso	107
<b>Anexo XI</b> – Distribuição dos Episódios de Urgência, de acordo com a hora de acesso	108
<b>Anexo XII</b> – Primeiras Consultas no Total de Consultas Externas em Unidades Hospitalares do SNS (%), por Região de Saúde (2010)	108

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Despesa em Saúde em Percentagem do PIB, nos países europeus (2010)	11
<b>Figura 2.</b> Evolução da aplicação de fundos do SNS – 2001-2010	12
<b>Figura. 3.</b> Evolução da Aplicação de Fundos do SNS em Hospitais (EPE, SPA e outros) - 2002-2010	12
<b>Figura 4.</b> Evolução do Custo Total com Hospitais - 2008-2010	13
<b>Figura 5.</b> Modelo de Acesso aos Cuidados de Saúde de Aday e Anderson, 1974	22
<b>Figura 6.</b> Esquema da classificação do tipo de hospital, segundo a ERS	25
<b>Figura 7.</b> Redes de Referência Hospitalar, segundo as tipologias hospitalares	27
<b>Figura 8.</b> Estratégias Genéricas da Reforma Hospitalar	30
<b>Figura 9.</b> Mapa do Território da ARSLVT, em destaque a Grande Lisboa	31
<b>Figura 10.</b> Mapa do território da Grande Lisboa – Concelhos	31
<b>Figura 11.</b> Composição do Parque Hospitalar, em 30.06.2011	32
<b>Figura 12.</b> Lotação Praticada (Nº), entre 2007-2010	34
<b>Figura 13.</b> Evolução da Demora Média (Dias), entre 2007-2010	34
<b>Figura 14.</b> Relação de Habitantes por Cama, por Médico e por Bloco Operatório	37
<b>Figura 15.</b> Pirâmide Etária – Grande Lisboa e Cidade de Lisboa	38
<b>Figura 16.</b> Evolução da desigualdade na distribuição do rendimento em Portugal, 2006-2010	41
<b>Figura 17.</b> Poder de compra <i>per capita</i> , em 1993 e 2009	41
<b>Figura 18.</b> Freguesias do Concelho de Lisboa	47
<b>Figura 19.</b> Consulta Externa por tipologia e por ano de realização	54

<b>Figura 20.</b> Evolução e Distribuição da Consulta Externa, por tempo de espera entre o pedido e a marcação da consulta, entre 2010-2013	57
<b>Figura 21.</b> Distribuição da Consulta Externa por tempo de espera entre o pedido e a realização da consulta, entre 2010-2013	58
<b>Figura 22.</b> Evolução e Distribuição da Consulta Externa por tempo de espera entre a marcação e a realização da consulta, entre 2010-2013	59
<b>Figura 23.</b> Consulta externa por Género e por Classe Etária, em 2010	61
<b>Figura 24.</b> Distribuição da C.E. por Género, em 2010	62
<b>Figura 25.</b> Distribuição da C.E. por Género e por ano realização	62
<b>Figura 26.</b> Evolução e Distribuição da Consulta Externa, por Concelho de Residência e por ano de realização	66
<b>Figura 27.</b> Distribuição dos episódios de urgência, por ano de acesso	68
<b>Figura 28-A.</b> Distribuição dos episódios de urgência, por Género (2010-2013)	71
<b>Figura 28-B.</b> Evolução e Distribuição dos episódios de Urgência, por sexo e por ano de acesso	71
<b>Figura 29.</b> Distribuição dos episódios de urgência por Género e por Classe Etária, entre 2010 e 2013	72
<b>Figura 30.</b> Distribuição dos Episódios de Urgência por Freguesia de residência, entre 2010 e 2013 - TOP 10	75
<b>Figura 31.</b> Distribuição dos episódios de Urgência - Triagem de Manchester (2013)	77
<b>Figura 32.</b> Distribuição dos episódios, por mês e por ano de acesso	77
<b>Figura 33.</b> Distribuição dos episódios de urgência, por hora e por ano de acesso	78
<b>Figura 34.</b> Distribuição dos episódios de Urgência - Entidade Financiadora Responsável (2013)	80

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Distribuição do Parque hospitalar por Tipo e por ARS, em 30.06.2011	33
<b>Tabela 2.</b> Distribuição das Camas Hospitalares por ARS – 2009	33
<b>Tabela 3.</b> Mapa de Pessoal, em 2011-2012	36
<b>Tabela 4.</b> Distribuição de Médicos Hospitalares por ARS – 2010	37
<b>Tabela 5.</b> Principais Indicadores Demográficos, 2011	38
<b>Tabela 6.</b> População residente por local de residência e sexo, em 2011	38
<b>Tabela 7.</b> Famílias monoparentais com pelo menos um filho menor de 25 anos; Percentagem em relação ao número de famílias clássicas, 2011	39
<b>Tabela 8.</b> Percentagem da taxa de analfabetismo, 2011	40
<b>Tabela 9.</b> Proporção da população residente com ensino superior completo (%) por sexo e local de residência, 2011	40
<b>Tabela 10.</b> Utentes do SNS inscritos nos Cuidados de Saúde Primários; Número e percentagem de utentes em situação de insuficiência económica, 2012	42
<b>Tabela 11.</b> Nº pensionistas da segurança social, por local de residência, em 2009-2010	42
<b>Tabela 12.</b> 10 Principais causas de mortalidade prematura (Taxa de Anos de Vida Perdidos/100 000 hab), em Portugal Continental, em 2010	43
<b>Tabela 13.</b> Departamentos e Serviços do CHLN	45
<b>Tabela 14.</b> Evolução da Consulta Externa entre 2010-2013	54
<b>Tabela 15.</b> Distribuição da C.E. por Especialidade	56
<b>Tabela 16.</b> Distribuição da Consulta Externa por Tempo de Espera entre o Pedido e a Marcação da Consulta	57
<b>Tabela 17.</b> Distribuição da Consulta Externa por Tempo de Espera entre o Pedido e a Realização da Consulta	58
<b>Tabela 18.</b> Distribuição da Consulta Externa por Tempo de Espera entre a Marcação e a Realização da Consulta	59
<b>Tabela 19.</b> Distribuição da C.E. por Referência/ Origem da Consulta	60

<b>Tabela 20.</b> Distribuição da Consulta Externa por Nacionalidade	63
<b>Tabela 21.</b> Distribuição da Consulta Externa por Estado Civil	63
<b>Tabela 22.</b> Distribuição da Consulta Externa por Distrito de Residência – TOP 10	64
<b>Tabela 23.</b> Distribuição da Consulta Externa por Concelho de Residência – TOP 10	65
<b>Tabela 24.</b> Distribuição da Consulta Externa por Freguesia de Residência – TOP 10	66
<b>Tabela 25.</b> Distribuição da Consulta Externa por Entidade Financiadora Responsável	67
<b>Tabela 26.</b> Distribuição e Evolução do número de atendimentos no Serviço de Urgência, entre 2010	68
<b>Tabela 27.</b> Distribuição dos episódios de Urgência por Tipo de Urgência	69
<b>Tabela 28.</b> Distribuição dos episódios de Urgência por Referenciação/Origem	70
<b>Tabela 29.</b> Distribuição dos Episódios de Urgência, por sexo e por classe etária	71
<b>Tabela 30.</b> Distribuição dos Episódios de Urgência por Nacionalidade – TOP 7	72
<b>Tabela 31.</b> Distribuição dos episódios de Urgência por Estado Civil	73
<b>Tabela 32.</b> Distribuição dos Episódios de Urgência por Distrito de Residência – TOP 10	74
<b>Tabela 33.</b> Distribuição dos Episódios de Urgência por Concelho de residência – TOP 10	74
<b>Tabela 34.</b> Distribuição dos Episódios de Urgência, por causa/diagnóstico – TOP 9	76
<b>Tabela 35.</b> Distribuição dos Episódios de Urgência, segundo a Triagem de Manchester	76
<b>Tabela 36.</b> Distribuição dos Episódios de Urgência, de acordo com o Destino após-alta	79
<b>Tabela 37.</b> Distribuição dos episódios de Urgência por Entidade Financiadora Responsável	79

# 1. Introdução

## 1.1. Apresentação do Projeto e Importância do Tema

No âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Projeto, integrante do Mestrado de Gestão em Saúde, a decorrer na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, este trabalho de investigação tem como principal objetivo analisar o acesso e a utilização da consulta externa e da urgência do CHLN e verificar a evolução desse mesmo acesso, entre 2010 e 2013.

As alterações verificadas no dimensionamento e na redistribuição da rede de prestação de cuidados hospitalares, nomeadamente no que se refere à reorganização das áreas de influência, e, cumulativamente, à abertura do Hospital Beatriz Ângelo, tornam este tema pertinente, pela necessidade de se analisar, numa perspetiva temporal, o acesso e a utilização dos serviços de consulta externa e de urgência, antes e depois destas alterações.

“Em tempos de crise, os serviços de saúde ganham nova centralidade nas preocupações da sociedade” (Barros, 2013). Se, por um lado, a contenção de custos adota uma forte conotação social, por outro, a crescente dificuldade de acesso à saúde agudiza-se.

A importância dada ao acesso a cuidados de saúde resulta, em primeiro lugar, da aceitação de que é um princípio presente na sociedade portuguesa, assente na Constituição, artigo 64º, mas, também, pelo impacto económico afeto à oferta e à procura de cuidados de saúde.

O SNS, de forma a garantir as características da generalidade dos cuidados prestados, da equidade no acesso e da organização regionalizada, tem apostado em modelos de gestão dos prestadores de cuidados de saúde de maior complexidade e diversidade (ERS, 2012).

Neste contexto, os Centros Hospitalares surgem, assim, como alicerce para a integração de serviços e instituições, cujo objetivo se prende com a prestação de cuidados de saúde e com o estímulo a atividades conjuntas, na mesma área geográfica.

Em 2011, o MdE, entre Portugal e a *Troika*, refere ser essencial “Prosseguir com a reorganização e a racionalização da rede hospitalar através da especialização e da

concentração de serviços hospitalares e de urgência, e da gestão conjunta dos hospitais” (DL nº30/2011, de 2 de março), permitindo, desta forma, a otimização de serviços, a articulação e a complementaridade assistencial, bem como uma maior rendibilidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde (DL nº284/99, de 26 de julho).

A reconfiguração da organização da rede hospitalar imposta pelos decisores políticos exige uma antecipação e a uma avaliação prévia da sua materialização. O posicionamento da reforma hospitalar, verificado nos últimos anos, propõe o encerramento de diversos serviços e valências em várias instituições hospitalares o que, conseqüentemente, afetará tanto os profissionais de saúde, como os utentes dos serviços de saúde, nomeadamente no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde.

Sendo a reorganização hospitalar um tema atual que agita o debate público e político, e que tem impactos diretos, no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde dos utentes, pretende-se que esta procura de conhecimento para que possa contribuir para a melhoria da organização e estruturação dos serviços de saúde do CHLN, em função das necessidades da população, mas, também, para a definição de estratégias que combatam as iniquidades e as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde.

Desta forma, pretende-se analisar todos os episódios de Consulta Externa e Urgência ocorridos no período em análise: 2010, 2011, 2012 e 2013.

Inicialmente foi efetuada uma revisão da literatura, de modo a contextualizar o estudo, onde são abordados os seguintes pontos: Os Cuidados de Saúde Hospitalares, sendo efetuada uma breve introdução e uma relação com a situação atual; Acesso aos Cuidados de Saúde, definindo-se o conceito de acesso e as suas dimensões; Áreas de referência e de influência, contextualizando-se as Redes de Referenciação Hospitalar; Área Regional de Influência, onde é feita a caracterização da oferta de cuidados hospitalares da região de Lisboa e a caracterização da população da área de atração; Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., caracterizando-se a tipologia de cuidados hospitalares disponíveis, o mapeamento geográfico e a população da área de influência.

Posteriormente é apresentada a metodologia de investigação utilizada, bem como a apresentação e a discussão dos resultados obtidos, as limitações e, por fim, as conclusões e as recomendações sugeridas.



Como ponto de partida, foi elaborada a seguinte pergunta de investigação:

Como se processaram o acesso e a utilização da Consulta Externa e da Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte, no período compreendido entre 2010 e 2013?

## **1.2. Objetivos do Projeto**

Objetivo Geral: Determinar a frequência e as características dos episódios de Consulta Externa e de Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Objetivos Específicos:

- Identificar quais as especialidades médicas com maior afluência, por ano de acesso;
- Determinar os tempos de espera para a realização das consultas, por ano de acesso;
- Identificar a situação de origem do utente que acede aos cuidados de saúde;
- Identificar o destino após alta dos utentes que acorrem ao Serviço de Urgência;
- Identificar quais as patologias mais frequentes dos episódios de urgência, bem como o período de maior afluência, por ano, mês e hora de acesso.

## **2. O contexto do estudo**

### **2.1. Os Cuidados de Saúde Hospitalares**

Os hospitais são, talvez, um dos elementos mais relevantes de um sistema de saúde, não só pelo seu caráter assistencial, enquanto instituição prestadora de cuidados de saúde, pela diversidade e complexidade que os caracteriza, mas, também, por serem o pilar fundamental e mais dispendioso de qualquer sistema de saúde, independentemente das diferentes conceções que deles se possa ter. (Fernandes, Barros e Fernandes, 2011).

De acordo com o Regulamento Geral dos Hospitais, constante no artigo 1º do Decreto nº 48/358, de 27 de Abril de 1968, o hospital é um “estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.” (Ministério da Saúde, 2013)

Numa definição mais simplista, Barros (2005) afirma que “um hospital é uma instituição onde as pessoas doentes recebem tratamento médico”. Contudo, e por haver outras instituições que também prestam tratamento médico e que não são hospitais, o referido autor frisa que o fator que identifica um hospital é a existência de internamento, destacando, também, a importância de ressaltar que nem todas as instituições que possibilitam internamento são hospitais, como, por exemplo, instituições direcionadas para os cuidados prolongados inerentes a doenças crónicas. Os hospitais, para além do internamento, permitem o tratamento curativo de doentes, maioritariamente casos agudos, como requisito essencial.

Nos últimos anos, os hospitais têm vindo a ser alvo de contínuas reformas a nível estrutural, funcional e organizacional, cujos objetivos pretendem ser a garantia de sustentabilidade do sistema de saúde, a maior liberdade de gestão e a maior flexibilidade no ajustamento às necessidades da população (Barros, 2011).

### **2.1.1. Breve Introdução**

Os hospitais, no âmbito da reforma do sistema de saúde ocorrida em 1971, desempenharam um papel fulcral no que respeita aos processos de gestão da modernização económica e social. Em 1979, é criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e, em 1986, Portugal integra a Comunidade Económica Europeia, seguindo-se um período de desenvolvimento económico e de autonomia financeira para os hospitais do SNS.

Com a aprovação da LBS, em 1990, e com o projeto de reforma “Serviço Nacional de Saúde XXI”, novos instrumentos de responsabilização e de orientação foram estabelecidos, nomeadamente no que concerne aos mecanismos de contratualização, de financiamento, de remuneração, mas, também, relativamente à inovação e à qualidade da prestação.

Várias têm sido as reformas, no âmbito dos cuidados hospitalares, derivadas de experiências que, por norma, não são acompanhadas nem analisadas (Barros, 2005). Uma das primeiras experiências refere-se à empresarialização de um hospital público, nomeadamente o Hospital Amadora-Sintra, em 1996, o qual adotou gestão privada, escolhida em concurso no ano anterior (Barros, 2011).

Também em 1999, surgem as redes de referência hospitalar e, em 2002, regista-se a alteração do regime jurídico dos hospitais do SNS para SA, sendo a partir dessa data que nascem as primeiras Parcerias Público-Privadas. Contudo, e de acordo com o artigo 35º do Estatuto Hospitalar de 1968, os hospitais deveriam reger-se pelos termos de gestão empresarial (Campos, 2005, cit. Escoval e Fernandes, 2010). Assim, com a publicação do DL nº151/98, surgem os primeiros projetos-piloto de empresarialização, nomeadamente a alteração do estatuto jurídico aplicável ao Hospital de Santa Maria da Feira, a criação da Unidade Local de Matosinhos (DL nº207/99, de 26 de Julho) e a aprovação do estatuto do Hospital do Barlavento Algarvio (DL nº 76/2001, de 27 de Fevereiro) (Barros, 2005).

Ainda neste contexto, os hospitais centrais, pela sua grande dimensão, careciam de descentralização dos processos de tomada de decisão, do planeamento e dos recursos, levando à criação de Centros de Responsabilidade Integrada (Barros, 2011). O projeto estipulava que todos os hospitais e Centros Hospitalares (CH) do SNS deveriam estar estruturados em CRI até Dezembro de 2003, no entanto, apenas

o CRI de Coimbra, presidido por Manuel Antunes, teve destaque nacional de boas práticas (Barros, 2011).

A introdução de regras de gestão privada em hospitais do SNS permitiu, contrariamente aos restantes hospitais públicos, maior flexibilização nas relações de aprovisionamento e na contratação individual de trabalho (Barros, 2005).

O novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (RJGH) entra em vigor com a aprovação da Lei nº 27/2008, de 8 de Novembro, onde é alterada a LBS no que respeita ao estatuto dos profissionais de saúde do SNS (lei do contrato individual e contratação coletiva), ao financiamento do SNS (pagamento ao ato e de atividades realizadas, segundo uma tabela de preços baseada na classificação desses mesmos atos), à fiscalização pelo Ministério da Saúde do exercício da prestação de cuidados em regime liberal, à criação de modelos de gestão hospitalar que possibilitem a criação de unidades de saúde em regime de SA de capitais públicos (PNS 2011-2016).

Assim, em alternativa aos modelos do SPA encontram-se os modelos SA. Porém, com a publicação do DL nº 93/2005, de 7 de Junho, procedeu-se à transformação de 31 hospitais públicos em EPE, entidades de gestão privada e financiamento público. Esta tendência foi sendo continuada nos anos seguintes, bem como a criação de vários centros hospitalares cujo objetivo é a otimização de respostas e de recursos, através da integração da gestão e de serviços das várias unidades (ERS, 2012).

A alteração do Estatuto Hospitalar para um modelo de funcionamento semelhante ao de uma empresa pública já havia sido proposta por peritos e investigadores que enfatizavam a necessidade de ampliar a flexibilidade e a descentralização do setor público, bem como a introdução de prestadores privados no sistema, através da concessão da gestão de unidades públicas a entidades privadas ou da privatização de outras unidades (Simões, 2004).

Barros (2011) refere, no entanto, que esta reforma, ao nível da gestão hospitalar, nada alterou os moldes do sistema de financiamento, da organização ou dos instrumentos disponíveis, sendo meramente uma transformação de carácter político.

### **2.1.2. Situação Atual**

Nos últimos anos, como referido, os cuidados hospitalares têm sido alvo de reformas políticas, em consequência das medidas de redução da despesa em saúde no PIB, impostas pelo Estado. De facto, aumentar a eficiência de gestão das unidades hospitalares foi um dos principais objetivos da reforma estrutural de 2002 que levou à empresarialização de alguns hospitais e ao estabelecimento das PPP (Ribeiro, 2004). Assim, após a reforma, surgiram quatro tipos de hospitais: os hospitais EPE, os hospitais SPA, as PPP e os hospitais privados.

A caracterização do mercado dos cuidados de saúde difere da de outros tipos de mercados de bens e serviços, pela existência de um agente (da oferta) que dispõe de mais informação do que o outro agente (da procura), proporcionando um desequilíbrio no qual, quer preços, quer quantidades, podem ser influenciados pela oferta (Matias, 1995).

No que se refere à procura, verifica-se a impossibilidade de se conhecer o momento de consumo de cuidados, ligada à imprevisibilidade e à incerteza da doença (Matias, 1995). Por outro lado, observa-se, também, uma dependência do consumidor face ao prestador, originada pelo desconhecimento da melhor maneira de combinação dos diversos *inputs* de cuidados, de forma a gerar os resultados desejáveis.

Esta relação de agência, entre o prestador e o consumidor, proporciona a indução da procura pela oferta, como forma de maximizar a sua utilidade, havendo, para além disso, uma organização de tipo monopolista, por parte dos prestadores, originada pela falta de informação dos consumidores e pela magnitude dessa falta de informação (Barros, 2005).

Barros (2005) afirma que cerca de 70% dos hospitais pertencem ao SNS e que, para além de possibilitarem o internamento, são instituições que produzem bens específicos e que assumem, também, a responsabilidade de promoção e de proteção da saúde, e de prevenção da doença (OPSS, 2008).

No programa de empresarialização dos hospitais, cujo objetivo se prende com a melhoria dos mecanismos de resposta aos cidadãos e da eficiência da gestão de recursos, os desafios impostos pela competição, pela regulamentação exigente e pela atual crise económico-financeira são uma constante. Contudo, de acordo com o Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, a criação de hospitais

empresa tem-se apresentado como uma medida que proporcionou a melhoria da qualidade da oferta, do acesso e da flexibilidade dos modelos de gestão, permitindo ganhos de eficiência e maior capacidade de resposta (Ribeiro et al, 2011). A mesma fonte refere, ainda, que os hospitais empresa não realizaram seleção adversa, aumentaram a sua produção e diminuíram o valor do custo médio por doente tratado.

A introdução de novos modelos de governação nas organizações públicas, que advém da empresarialização, permitiu a passagem de um modelo administrativo e burocrático para um modelo empresarializado, assente em práticas e ferramentas da gestão do setor privado (OPSS, 2008). Na prática, as alterações sentem-se a nível da maior flexibilidade da política de aquisições e de contratação de recursos humanos, bem como do aperfeiçoamento dos sistemas de informação (Fernandes, 2012). Apesar da melhoria da governação hospitalar, onde os princípios da transparência e da prestação de contas foram adotados, o maior desafio futuro inerente à rede hospitalar é, e continuará a ser, certamente, o de garantir a sua sustentabilidade.

#### **2.1.2.1. Transferência de cuidados para a Comunidade**

A conjuntura micro e macroeconómica que atualmente atravessamos, quer a nível nacional, quer a nível internacional, delega, nas organizações, o papel de agente implementador de mudanças organizacionais, de modo a que, simultaneamente, a sobrevivência esteja assegurada.

No que confere às organizações de saúde, estas enfrentam desafios adicionais, pela instabilidade política que se tem verificado nos últimos anos, nomeadamente no que diz respeito às medidas e reformas políticas no setor da saúde.

No contexto atual, em que Portugal se vê intervencionado pela Troika – Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e União Europeia -, e, naturalmente, submetido a um conjunto de medidas que pretendem criar condições para que o país volte aos mercados e consiga cumprir os seus compromissos, a situação obriga a respeitar uma agenda de reformas em todos os setores, inclusive o da saúde.

Estas medidas visam, principalmente, reduzir a despesa e a ineficiência em Saúde, onde, para além de medidas como a revisão dos preços dos genéricos, a diminuição das comparticipações de medicamentos, os despedimentos, o encerramento de serviços, por concentração dos mesmos, através de fusões, ou por libertação de imóveis, é, igualmente, importante melhorar resultados em saúde no que

respeita à gestão da qualidade e da eficiência clínica e energética, e à transferência de cuidados para a comunidade (PwC, 2011).

A transferência de cuidados hospitalares para a comunidade possibilita, por um lado, a diminuição do número de camas hospitalares e, simultaneamente, a redução de custos e de riscos adversos relacionados com a prestação de cuidados, mas, também, a obtenção de ganhos em saúde. As principais áreas de intervenção são, designadamente: Saúde Materna; Gestão da Doença Crónica; Saúde Mental; e Reabilitação.

No que respeita à Saúde Materna, o documento publicado pela Ordem dos Enfermeiros, relativo às propostas para melhorar a eficiência do SNS, refere que o principal objetivo será reduzir o número de cesarianas e favorecer o aumento do parto normal. Por outro lado, também a alta precoce no parto normal e a redução dos internamentos por falso trabalho de parto são outras das medidas propostas que possibilitariam a redução de cerca de 4,13 milhões de euros anuais. No que compete à Gestão da Doença Crónica, as propostas passam pelo desenvolvimento de um modelo de gestão adaptado à gestão de doentes crónicos, integrando as respostas dos diferentes níveis de cuidados, nomeadamente pelo seu elevado risco de internamento e pelas necessidades de tratamento e acompanhamento ao nível de cuidados de proximidade.

Por outro lado, a mesma fonte menciona que, no âmbito da Saúde Mental, a prevenção e a intervenção precoce são essenciais para a obtenção de ganhos em saúde. A reabilitação precoce, a alta precoce e a criação de unidades de tratamento de AVC são as propostas principais, sendo previsível que a transferência de cuidados para a comunidade se traduza numa redução de 85.965 dias de internamento hospitalar anual.

Os objetivos do programa do XIX Governo Constitucional, referentes às medidas para a “Qualidade e acesso efetivo aos cuidados de saúde”, são os de “transferir, de forma gradual, alguns cuidados prestados em meio hospitalar para estruturas de proximidade, ao nível da Rede de Cuidados Primários e da Rede de Cuidados Continuados, ou mediante convenções” (Gouveia et al., 2012).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde de 2010, da OMS, entre as dez principais causas de ineficiência nos serviços de saúde encontram-se as relacionadas com as admissões hospitalares e com a duração dos internamentos. O referido

relatório menciona que quatro estudos efetuados ao sistema de saúde canadiano concluíram que 24-90% das admissões e 27-66% dos dias de internamento não eram adequados.

Note-se que ao internamento somam-se custos inerentes aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e custos com medicamentos, o que, consequentemente, eleva a despesa do internamento hospitalar. Em Portugal, no ano de 2010, no âmbito do internamento hospitalar, registaram-se 814.143 doentes, com uma demora média de cerca de 7,83 dias por doente, o que totaliza 6,3 milhões de dias de internamento. O top dos 9 hospitais com melhores registos de demora média de dias de internamento regista uma demora média total de 6,5 dias (Relatório GTRH, 2011).

Relativamente à transferência de cuidados hospitalares para cuidados primários, uma análise efetuada por Sibbald et al. (2007) e Roland et al. (2005), cit. por GOUVEIA et al., concluiu que esta permite a melhoria do acesso e da conveniência para os utentes, sendo o número de consultas externas definido e influenciado por medidas políticas de alta hospitalar, no âmbito do internamento e da consulta externa.

Assim, e segundo as conclusões de um estudo da Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Lisboa, a transferência de cuidados de saúde hospitalares para cuidados de saúde primários e cuidados continuados, tendo em conta a atual estrutura e configuração do sistema de saúde, em Portugal, traduzir-se-á numa poupança anual máxima na ordem dos 148 milhões de euros, no curto prazo, e de 372 milhões de euros, no longo prazo. No entanto, é constatada a necessidade de ajustamento da capacidade nos CSP e na RNCCI que esta transferência de cuidados envolve.

#### **2.1.2.2. Sustentabilidade**

Após 10 anos da implementação do programa de empresarialização dos hospitais, diversos estudos têm mostrado o seu impacto na melhoria da qualidade da oferta existente e no acesso aos cuidados de saúde. Contudo, um dos pontos críticos diz respeito à sustentabilidade financeira da manutenção da rede hospitalar, e do SNS, resultante da deficiente situação financeira dos hospitais, e do país.

De acordo com o Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, vários foram os erros acumulados: “uma desorçamentação perigosa, expressa pelo




enorme passivo acumulado em dívidas a fornecedores que duplicou entre 2007 e 2010; capital estatutário de vários hospitais por realizar, num montante superior a 400 milhões; constituição de um engenhoso fundo de financiamento que retirou capital aos hospitais para fazer regressar sob a forma de empréstimo”. Por outro lado, o referido relatório menciona, ainda, que a ausência de critérios de racionalidade e de planeamento assentes em economias de escala, aquando da fusão de hospitais ou da criação de centros hospitalares, constituiu outro dos graves erros cometidos. Na verdade, a sustentabilidade requer fundamentação, soluções e liderança política e técnica.

A sustentabilidade dos serviços de saúde e sociais é um dos principais problemas, quer a nível nacional, quer a nível internacional, nomeadamente no que se refere à pressão para o aumento de gastos. Dados da OCDE (**figura 1**), no que diz respeito à despesa em saúde face ao PIB, demonstram um crescimento acentuado, atingindo, em 2010, os 7,1% do PIB, valor que ultrapassa a OCDE, com 6,5% (OCDE, 2012).

	Despesa pública	Despesa privada	Total
Holanda	9,6	1,6	12,0
Dinamarca	9,5	1,7	11,1
França	9,0	2,7	11,6
Alemanha	8,9	2,7	11,6
Áustria	8,4	2,6	11,0
Noruega	8,1	1,4	9,4
Bélgica	8,0	2,6	10,5
R. Unido	8,0	1,6	9,6
Suécia	7,7	1,8	9,6
Islândia	7,5	1,8	9,3
Itália	7,4	1,9	9,3
Suiça	7,4	3,9	11,4
<b>Portugal</b>	<b>7,1</b>	<b>3,7</b>	<b>10,7</b>
Espanha	7,1	2,5	9,6
Eslovénia	6,6	2,5	9,0
Finlândia	6,6	2,3	8,9
Luxemburgo	6,6	1,3	7,9
Croácia	6,6	1,2	7,8
Irlanda	6,4	2,8	9,2
Sérvia	6,4	4,0	10,4
R. Checa	6,3	1,2	7,5
Grécia	6,1	4,2	10,2
Montenegro	6,1	3,0	9,1
Eslováquia	5,8	3,2	9,0
Malta	5,7	3,0	8,6
Lituânia	5,1	2,0	7,0
Hungria	5,0	2,7	7,8
Polónia	5,0	1,9	7,0
Estónia	5,0	1,3	6,3
Roménia	4,8	1,2	6,0
Macedónia	4,5	2,6	7,1
Turquia	4,4	1,6	6,1
Letónia	4,1	2,8	6,8
Bulgária	4,0	3,2	7,2
Chipre	3,2	4,2	7,4
UE-27	6,5	2,4	9,0

Fonte: *Health at a Glance 2012* (OCDE).  
Nota: Valores da Bulgária, da Letónia e do Luxemburgo são referentes a 2009; os valores da Turquia são referentes a 2008.

 OBSERVATÓRIO  
DAS DESIGUALDADES

**Figura 1. Despesa em Saúde em Percentagem do PIB, nos países europeus (2010)**

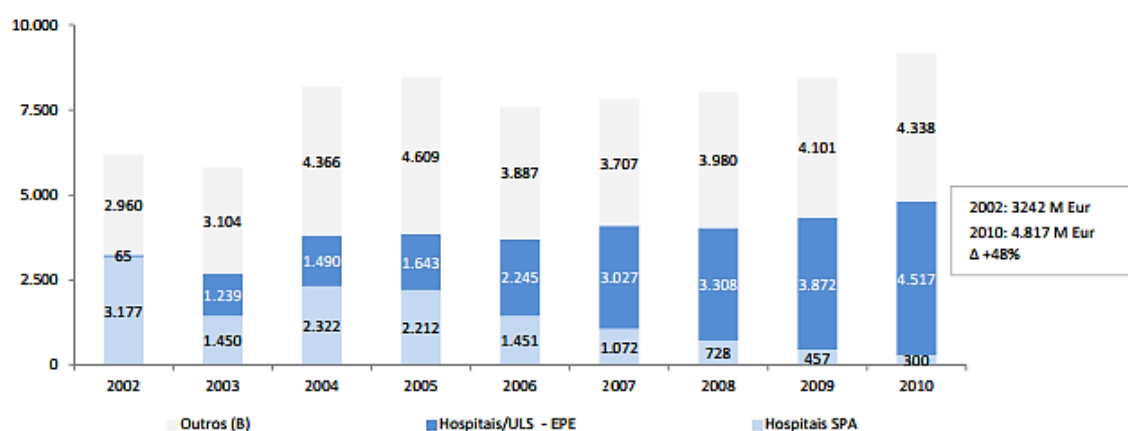
Em Portugal, a despesa em saúde aumentou, em média, 6%, entre 2002 e 2010 (**figuras 2 e 3**), tendo a despesa com unidades hospitalares representado 50% do montante total da aplicação de fundos (9.154,2 milhões de euros).

Unidade: M Euros

Aplicação de Fundos	2002	2003	2004	2005	2005	2007	2008	2009	2010
ARS's	2.705,4	2.916,8	3.802,9	3.694,1	3.575,9	3.421,6	3.642,5	3.771,2	4.023,5
Hospitais SPA	3.177,3	1.450,4	2.322,2	2.212,1	1.450,9	1.072,2	728,4	457,4	299,8
Hospitais/ULS - EPE	64,9	1.239,4	1.489,8	1.643,0	2.244,7	3.027,4	3.307,6	3.871,7	4.516,7
Serviços Autónomos	105,5	46,4	90,8	125,2	114,9	126,5	114,1	144,9	159,9
Serviços Psiquiátricos	65,0	63,0	65,2	73,4	66,5	65,3	62,6	46,1	46,9
Outras Despesas (a)	83,6	77,8	107,3	115,6	129,8	93,3	160,5	138,4	107,4
Amortização Adiantamento DGT	...	...	300,0	600,5	...	...	...	...	...
<b>Total</b>	<b>6.201,7</b>	<b>5.793,8</b>	<b>8.178,2</b>	<b>8.463,9</b>	<b>7.582,7</b>	<b>7.806,3</b>	<b>8.015,7</b>	<b>8.429,7</b>	<b>9.154,2</b>
Variação anual (%)	...	-7%	41%	3%	-10%	3%	3%	5%	9%

**Figura 2. Evolução da aplicação de fundos do SNS – 2001-2010**

Fonte: Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar: *Os cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*



**Figura 3. Evolução da Aplicação de Fundos do SNS em Hospitais (EPE, SPA e outros) - 2002-2010**

Fonte: Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar: *Os cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*

Em relação à produção hospitalar, esta representa cerca de 54,8% do total do orçamento do SNS, em 2010 (**figura 4**), considerando o valor estipulado nos contratos programa no âmbito dos hospitais EPE, SPA e das Unidades Locais de Saúde, e o valor dos contratos plurianuais e PPP.

Unidade: M Euros e %

Aplicação de Fundos	2008	2009	2010	% Rel 2010 (do SNS)
Hospitais SPA	728	457	300	3,3%
Hospitais/ULS - EPE	3.308	3.872	4.517	49,3%
Contratos Plurianuais	194	63	58	0,6%
PPP's	5	78	146	1,6%
<b>Total</b>	<b>4.235</b>	<b>4.471</b>	<b>5.020,4</b>	<b>54,8%</b>

**Figura 4. Evolução do Custo Total com Hospitais - 2008-2010<sup>1</sup>**

**Fonte:** Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar: *Os cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*

Se olharmos para as dificuldades sentidas no âmbito do acesso aos cuidados de saúde, bem como para outro tipo de imperfeições ao nível da qualidade, da informação e da pontualidade, constatamos que, apesar da existência de um SNS caracterizado pela universalidade no acesso e tendencialmente gratuito, o investimento que é feito não traduz a eficiência pretendida (Ribeiro et al, 2011 e European Commission, 2013).

Um estudo efetuado pela Fundação Francisco Manuel dos Santos e conduzido pelo Prof. Doutor Carlos Costa, relativo à eficiência do SNS, demonstrou que as admissões precoces e a duração excessiva ou tardia dos internamentos são dos principais fatores responsáveis pela perda de eficiência na gestão hospitalar, estimando-se uma poupança de 200 milhões de euros por ano com a melhoria desta problemática.

Inerente à sustentabilidade, convém ressaltar a importância em assegurar o acesso aos cuidados de saúde com índices de qualidade elevados, bem como o de garantir o cumprimento dos princípios de equidade: equidade nos resultados em saúde – diminuição da desigualdade; equidade na prestação de cuidados – a prestação do tratamento deve contemplar as necessidades do doente; equidade no financiamento – o financiamento deve refletir a capacidade de pagar e não o consumo de recursos -, ou seja, não só se pretende equidade no acesso, mas, também, nos recursos, na utilização, na saúde em geral (Pereira e Furtado, 2010).

Os recursos disponíveis escassos e as necessidades ilimitadas exigem um planeamento de recursos humanos e financeiros eficiente, mas, também, uma estimativa da procura futura de cuidados e dos custos/consumo inerentes a esses

<sup>1</sup> A produção hospitalar total contempla ainda dois acordos específicos, um com o Hospital da Cruz Vermelha (Lisboa) e outro com o Hospital da Prelada (Porto), este com a União das Misericórdias Portuguesas e o de Lisboa através do programa de cirurgias no âmbito do SIGIC.

recursos. Assim, é preciso que se conheça o que se produz, como se produz, e avaliar as atividades e o desempenho, de forma a possibilitar o apuramento dos custos de produção.

Em saúde, as linhas de produção hospitalar podem ser consultas externas, hospital de dia, ambulatório médico e cirúrgico, urgência, internamento, bloco operatório ou meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Para se medir ou comparar a produção hospitalar existem duas possibilidades (Costa e Lopes, 2004):

- **Sistemas de classificação de doentes** – grupos homogêneos de doentes tratados;
- **Índices escalares** – comparação de doentes face a determinado atributo.

Um sistema de classificação de doentes “é aquele em que os objetos que se pretendem agrupar são doentes, ou episódios de doença, e em que o objetivo é tornar compreensíveis as suas semelhanças e diferenças, e permitir que, os que pertençam à mesma classe, sejam tratados de modo semelhante” (Urbano e Bentes, 1990). O processo de controlo do registo da produção é efetuado no Sistema de Gestão de Doentes que consiste no conjunto de informação da identificação do doente, do agendamento e da efetividade da atividade e, ainda, da faturação. Na realidade, existem características comuns aos vários doentes, nomeadamente a nível demográfico, clínico e terapêutico, que determinam a intensidade de recursos consumidos na prestação de cuidados de saúde.

A avaliação de resultados hospitalares depende muito do modo como a informação e o processo clínico são registados, bem como da prática de codificação de cada instituição. A crescente necessidade de se controlar a qualidade dos dados é justificada pela importância da informação disponibilizada por estes, na avaliação da eficiência, dos custos, da qualidade, do financiamento e do planeamento.

Segundo Iezzoni (1997), citado por Barros (2009), a qualidade da codificação clínica depende essencialmente do conteúdo clínico, da precisão e da exaustividade da codificação. Por outro lado, a qualidade dos dados requer fiabilidade e validade (Hornbrook, 1982, citado por Barros, 2009).

Contudo, a prática da codificação varia de hospital para hospital mas, também, de codificador para codificador. Em Portugal, a codificação de diagnósticos e de

procedimentos realizados em internamento, ambulatório médico ou ambulatório cirúrgico tem como referência a Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão Modificação Clínica (CID-9-MC). “Desde 1989 que esta classificação é utilizada para efeitos de codificação das altas hospitalares, possibilitando o agrupamento de episódios de internamento e de ambulatório nas várias Categorias de Diagnóstico (GCD) e respetivos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH)” (ACSS, 2013).

Os GDH são “um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e homogêneos do ponto de vista do consumo de recursos, construídos a partir das características diagnósticas e dos perfis terapêuticos dos doentes, que explicam o seu consumo de recursos no hospital” (Bentes et al. 1996, citado por Santana, 2006). São um sistema de classificação de doentes com características empíricas, baseando-se naquilo que foi feito, ou seja, naquilo que o doente recebeu. A sua finalidade é distinguir os doentes face ao consumo de recursos, sendo a unidade de medição o número de dias de internamento, ou seja, este sistema de classificação depende dos resumos de alta e, simultaneamente, das incorreções neles contidas.

Por outro lado, são um sistema que identifica a complexidade dos produtos, caracterizando a diversidade da produção hospitalar, e, também, que é utilizado como base de pagamento da atividade dos hospitais do SNS. Para ponderar e comparar o consumo de recursos, utiliza-se um comparador calculado em função da demora média observada de cada GDH ou através dos pesos específicos, quando aplicados para efeitos de financiamento (Hornbrook, 1982 citado por Barros, 2009).

Desta forma, utilizam-se escalas de índice de case-mix (ICM) que derivam do rácio entre o número de doentes equivalentes<sup>2</sup> ponderados pelos pesos relativos<sup>3</sup> dos respetivos GDH, e o número total de doentes equivalentes. A cada GDH está associado um coeficiente de ponderação – peso relativo – que reflete a medida dos recursos empregues no tratamento de um doente desse GDH, face à intensidade de recursos utilizados pelo doente médio (Santana, 2005).<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup>Os limiares de exceção (inferior e máximo) definem, para cada GDH, o intervalo de normalidade em termos de tempo de internamento e calculam-se de acordo com os intervalos interquartis das respetivas distribuições. Os episódios de internamento classificados em GDH são convertidos em doentes equivalentes tendo em conta o tempo de internamento ocorrido em cada um deles e o intervalo de normalidade definido para cada GDH.

<sup>3</sup>Peso Relativo: Coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado de tratar um doente típico dum GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico nacional, a que corresponde um coeficiente de ponderação de 1.0.

<sup>4</sup>Exemplo: Um GDH com um peso relativo de 2 custa (e consome) duas vezes mais (recursos) do que o doente médio.

Após aplicação dos GDH como base de financiamento hospitalar, o orçamento atribuído a cada instituição deve assentar numa combinação histórica e ajustada à produção. Um dos efeitos perversos deste sistema é o facto de os hospitais poderem “pesquisar” a melhor combinação entre os preços e os custos de tratamento por GDH, seleccionando os doentes mais rentáveis para o hospital em detrimento de doentes que, pela sua maior complexidade, comportam maior risco financeiro para o hospital.

Em Portugal, o impacto dos GDH no desempenho dos hospitais não foi o esperado. Por vezes, há necessidade de alocação de subsídios extraordinários para os hospitais mais ineficientes, face ao orçamento global previamente fixado. Desta forma, e como referido anteriormente, em abril de 2002, “foi criada a Lei de Gestão Hospitalar que alterou a Lei de Bases da Saúde de 1990, e reestruturou a organização do sistema de saúde, através da aprovação de um novo regime jurídico e de modelos de gestão hospitalar” (Carvalho, 2010).

Assim, o orçamento global fixado prospetivamente é substituído pelo Contrato-Programa, um documento produzido anualmente que descreve qual a metodologia a seguir para o processo de contratualização a nível nacional. Aqui, são estabelecidos preços, indicadores e metas para todas as instituições.

O desenvolvimento da contratualização é, sem dúvida, um dos pilares para a garantia de sustentabilidade e de melhoria da qualidade em saúde, onde os modelos de pagamento, a transparência e a publicitação de resultados, e a *standardização* de indicadores são elementos essenciais para redução do *gap* existente entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável (Ferreira et al., 2010).

Se em 2002, com o processo de empresarialização, a prioridade era aperfeiçoar e assegurar o acesso cirúrgico dos utentes em lista de espera, em 2012, o primado estende-se não só à melhoria da qualidade da prestação, nos vários níveis de assistência, como, também, à redução da despesa pública em saúde.

No âmbito da prestação de cuidados, é necessário clarificar que não é missão dos hospitais a prestação de cuidados de proximidade, sendo importante reestruturar a articulação e a interdependência com os cuidados de saúde primários e continuados (Ribeiro et al., 2011).

## **2.2. Acesso aos Cuidados de Saúde: Dimensões de Acesso**

Definir acesso à saúde e desenvolver um modelo que permita mensurá-lo são processos complexos e têm sido objeto de alguns estudos nacionais e internacionais, pelo envolvimento que têm no planeamento e na sustentabilidade do sistema de saúde. De facto, o planeamento em saúde requer, em primeiro lugar, a análise de variáveis que influenciem o acesso e a utilização dos serviços de saúde, nos contextos social e económico, bem como as relações que se vão estabelecendo entre estas (Santana, 1993).

Segundo a OMS (2010), quando se analisa as desigualdades em saúde, devem ser tidas em conta as diferenças no estado de saúde e a distribuição dos determinantes da saúde entre os vários grupos populacionais. Algumas dessas desigualdades podem estar associadas a condições biológicas, à livre escolha dos indivíduos ou ao ambiente, externo e interno, a que os indivíduos estão sujeitos. Por outro lado, inerentes às desigualdades no acesso aos cuidados de saúde estão as medidas políticas nacionais e internacionais, sociais e económicas.

Garantir a equidade geográfica e populacional no acesso aos cuidados de saúde exige a definição de estratégias organizacionais e operacionais no âmbito dos cuidados de proximidade, nomeadamente dos serviços de urgência e de CSP.

As características de um acesso correto estão, inevitavelmente, relacionadas com conceitos como, por exemplo, a universalidade, a equidade, a liberdade de escolha de recursos e a facilidade em adquirir serviços de saúde (Furtado e Pereira, 2010). Contudo, existem fatores que influenciam o acesso, tanto no âmbito da componente da procura, como no da oferta.

Relativamente à procura, um dos principais fatores são as características da população. Aqui, é necessário ter em conta uma série de elementos, tais como a morbilidade da área regional, as necessidades da população e toda a estrutura política e organizacional que deve ter em conta essas mesmas necessidades, e não apenas a procura de serviços, uma vez que as necessidades em saúde da população são, potencialmente, superiores à procura (Silva, 1978).

Não obstante, Silva (1978) afirma, referindo também outros autores, que as características demográficas, como o sexo, a idade, o estado civil, e as características culturais e sociais são, também, condicionantes do acesso aos cuidados de saúde.

Também o nível económico constitui umas das variáveis mais utilizadas em estudos que visam caracterizar e medir o acesso com base em fatores condicionantes, como, por exemplo, o modelo de financiamento da prestação de cuidados, pelo impacto que tem na situação económica dos utentes (Fitzpatrick et al., 2004). Por outro lado, o meio ambiente em que se opera, nomeadamente o clima, a distância a percorrer, as facilidades de transporte, representam outros fatores que influenciam o acesso aos cuidados de saúde.

Do lado da oferta, como principais fatores que influenciam o acesso, podem referir-se a disponibilidade de equipamentos e de serviços de cuidados primários e especializados, bem como a existência de profissionais qualificados e de prestígio. A qualidade dos serviços, bem como os aspetos organizacionais e estruturais dos serviços constituem fatores que facilitam o acesso e o aumento do consumo de cuidados médicos (Silva, 1978). A localização, os sistemas de informação e a forma como as organizações se dirigem à comunidade representam outros fatores importantes, bem como o preço da prestação de cuidados (Ensor e Cooper, 2004).

Avaliar as tendências da oferta de cuidados de saúde permite compreender a sua evolução face às necessidades da população e, simultaneamente, o seu impacto na determinação da procura (PNS 2011-2016, 2010).

Segundo o Relatório Primavera de 2011, das barreiras que impedem o acesso aos cuidados de saúde destacam-se, principalmente, a desigual distribuição de recursos humanos na população com baixo nível de recursos, o reduzido índice de escolaridade e de qualificação da população, a dificuldade no acesso à informação e no acesso aos serviços de medicina familiar, e a limitada prestação no que respeita aos cuidados de saúde domiciliários. Como consequência, verifica-se uma procura excessiva dos serviços de urgência inadequada, comprometendo o acesso aos cuidados de saúde daqueles que efetivamente precisam.

Ensor e Cooper (2004) alertam-nos para a importância das limitações estratégicas quando se opera do lado da procura, explicando que incentivar a procura não substitui a necessidade de se intervir sobre os recursos disponíveis, pois se os serviços de saúde não forem adequados e de qualidade, estimular a procura não induzirá a população a aceder a esses mesmos serviços.

Ainda neste contexto, apesar de um SNS suprimir as principais barreiras nas diferenças do acesso aos cuidados de saúde, a utilização de determinados tipos de



serviços, em função da classe social, persiste em ser superior quanto mais elevada for a classe social (WHO, 2010).

Aday e Andersen (1974) definiram o acesso à saúde começando por caracterizar a população e a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde. Por outro lado, Ronald e Newman (1973) consideraram e analisaram os determinantes individuais que condicionam o acesso à saúde, nomeadamente, rendimentos, cobertura do seguro de saúde, comportamentos e atitudes, e Penchansky e Thomas (1981) referiram a necessidade de se avaliar o acesso à saúde através da definição e análise de indicadores de resultado, sendo o acesso “o grau de interação entre os clientes e o sistema de saúde” (Sanchez e Ciconelli, 2013).

Donabedian (1973) considera o termo acessibilidade em vez de acesso, por este ser um conceito mais amplo quando se pretende relacionar a oferta de cuidados com as necessidades da população. Desta forma, para a sua definição, relaciona, essencialmente, fatores sócio organizacionais – educação, situação económica, social e cultural - e geográficos – distância física entre utente/serviços.

De facto, a existência de vários aspetos inerentes ao conceito de acesso aos cuidados de saúde advém da sua abrangência. Se, para alguns autores, o “acesso” se refere à utilização ou à entrada no sistema de saúde, outros autores relacionam-no com fatores que caracterizam essa utilização ou essa entrada em várias dimensões: *availability*, *accessibility*, *accommodation*, *affordability* e *acceptability* (Sanchez e Ciconelli, 2013).

A literatura tem mostrado que, se por um lado o acesso está relacionado com as características da população ou da oferta do sistema de saúde, para outros investigadores, o acesso tem de ser avaliado com base em indicadores de resultado provenientes da passagem do utente pelo sistema, nomeadamente indicadores de utilização e de satisfação, permitindo, assim, sustentar a validade externa das conclusões acerca da importância das características individuais da população e do sistema de saúde no acesso aos cuidados de saúde (Aday e Anderson, 1974). Por outro lado, também a capacidade de satisfação das necessidades da população, o grau de ajustamento entre necessidades e capacidade de resposta do sistema, e a facilidade ou a dificuldade inerente à obtenção de serviços de saúde são, ainda, características a considerar para a definição deste conceito.

Porém, considera-se que “acesso” se articula, na sua essência, com noções de equidade e de necessidades em saúde, modeladas pela subjetividade e ambiguidade dos conceitos. (Pereira, M. et al, 2011). Na verdade, a literatura demonstra que a definição destes dois termos – necessidades e equidade - não gera consenso. Olivier e Mossialos (2004) frisam a dificuldade em compreender, mensurar e comparar necessidades individuais em saúde, alertando, ainda, para a importância de se aperfeiçoarem os modelos de variáveis *proxy* para a sua definição.

Por outro lado, também o conceito de equidade carece de alguma objetividade e precisão. Equidade, em saúde, relaciona-se com a justiça social na distribuição dos cuidados - “em sentido geral, a equidade é o princípio que norteia as funções distributivas do Estado, tendo como objetivo compensar ou superar as desigualdades individuais existentes, consideradas socialmente como injustas e evitáveis” (Costa e Guimarães, 2012).

Quando se define equidade na prestação de cuidados de saúde, este conceito abrange as dimensões de equidade horizontal e equidade vertical. A equidade horizontal remete para o tratamento igual, de indivíduos em situação igual, como, por exemplo, a prestação do mesmo nível de cuidados, a pessoas com o mesmo nível de doença. Por outro lado, na equidade vertical, o tratamento é desigual face a situações desiguais. É visível, por exemplo, se o financiamento dos cuidados de saúde for de acordo com a capacidade que cada um tem para pagar. “Em termos da Constituição da República Portuguesa, a universalidade garante o cumprimento da equidade horizontal, enquanto a generalidade assegura a equidade vertical” (Costa e Guimarães, 2012).

Gold (1998), refere que a importância desta temática persiste pelo desacordo inerente às várias formas de medir acesso e de determinar qual o nível de equidade na sua distribuição pela população.

A promoção da saúde é um dos objetivos da OMS, ou seja, capacitar as pessoas para melhorar e para aumentar o controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais (Carta de Ottawa, 1986), pela consciência de que o indivíduo detém capacidades essenciais para compreender as suas necessidades e para controlar, modificar e cooperar com o ambiente exterior. Desta forma, o conceito de promoção da saúde extravasa o acesso físico ao sistema de saúde, por envolver outras dimensões.

Como definição do conceito de acessibilidade, a OMS define-o como sendo “a possibilidade que os indivíduos têm de obter cuidados apropriados às suas necessidades (temporais, geográficas e financeiras), de modo a alcançarem ganhos em saúde” (OMS, 2004). Não obstante, alguns autores focam a distinção entre “acessibilidade potencial”, dependente de características populacionais e do sistema de cuidados de saúde, e “acessibilidade expressa/revelada”, originada pela necessidade de cuidados de saúde percebida pelos utentes ou pelos profissionais, resultando, consequentemente, na utilização dos serviços de saúde (Santana, 1993).

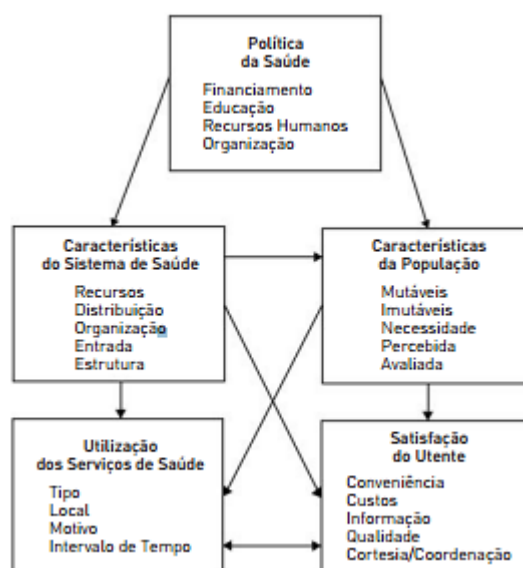
O conceito de saúde, bem como o de acesso à saúde, tem sofrido diversas mutações ao longo do tempo. Atualmente, vários são os modelos de acesso aos cuidados de saúde, pela necessidade de aperfeiçoamento e de inclusão de novos critérios fundamentais ao objeto de investigação da temática. Todavia, há que ressaltar que estes modelos apresentam limitações na sua aplicação direta em diferentes contextos espaço-temporais, não sendo, os resultados, linearmente comparáveis com estudos de outros modelos (Andrade, 2008).

Aday e Anderson, em 1974, desenvolveram um dos mais importantes modelos analíticos, definindo um conjunto de fatores que influenciam o acesso e a utilização dos cuidados de saúde, e a sua relação com a população e o sistema de saúde. Assim, como fator principal está a política de saúde, onde são considerados elementos como o financiamento, a educação, os recursos humanos e a organização. Estes influenciam, de forma decisiva, as características do sistema de saúde e da população, refletindo-se, simultaneamente, na utilização dos serviços de saúde e na satisfação do utente.

As características do sistema de prestação de cuidados dependem, fundamentalmente, dos recursos (humanos, equipamento, capital, localização) e da organização como resultado da relação entre o sistema de saúde e os recursos (Santana, 1993). A entrada (tempos de deslocação e tempos de espera) e a estrutura são, também, elementos essenciais, após a admissão do utente no sistema de saúde.

Num estudo publicado no *International Journal for Equity in Health*, realizado por Joshi C. et al (2013), referente ao impacto dos vários modelos de prestação de cuidados de saúde primários no acesso, na qualidade e na coordenação, concluiu-se que o acesso aos cuidados de saúde pode ser melhorado pela influência de diversos fatores: maior multidisciplinariedade entre profissionais, melhor comunicação entre

profissionais e utentes, redução do preço, facilidade de transportes e alargamento do horário de atendimento.



**Figura 5. Modelo de Acesso aos Cuidados de Saúde de Aday e Anderson, 1974**

Fonte: Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa, 2008

Na **figura 5**, observa-se a importância da avaliação das condições da oferta e das características da população para o planeamento dos serviços de saúde, tendo em conta, inicialmente, o contexto político de saúde, pela sua capacidade em modificar o acesso aos cuidados de saúde. É, no contexto desta dimensão, que se consideram quatro tipos de variáveis: “*dependentes, independentes, mutáveis e imutáveis, que correspondem, respetivamente, aos outcomes que podem ser manipulados pela atual política de saúde e às variáveis que não podem ser mudadas pela política de saúde*” (Santana, 1993).

Na década de setenta, e com o objetivo de suprimir as limitações e os constrangimentos dos modelos que antecederam, nomeadamente o elevado número de variáveis consideradas, surgiram novos modelos que apostavam na vertente humana. É neste contexto que Wan e Soifer (1974) desenvolveram um modelo de acesso e de utilização aos cuidados de saúde, apresentado no **anexo I**, onde incluem fatores sociais, económicos e tradicionais que influenciam fatores de predisposição e de disponibilidade que, por sua vez, irão promover ou retroceder na perceção da necessidade de cuidados de saúde e na utilização dos serviços de saúde (Andrade, 2008).

Stock (1987), com base no modelo analítico de Wan e Soifer (1974), desenvolveu um modelo que considera, essencialmente, a política do governo e os valores culturais de cada país por influenciarem, não só aspetos relacionados com o estado de saúde dos utentes, como, também, as estratégias definidas para os cuidados de saúde – **Anexo II**.

Numa outra perspetiva, Phillips e Learmonth (1982) desenvolveram um estudo no âmbito dos cuidados de saúde primários, no qual definiram cinco dimensões, de modo a clarificar a problemática do acesso: económica – relação entre custos que advêm da aquisição de atos médicos e do rendimento da população, nos países com SNS; sociodemográfica, onde se consideram variáveis como o sexo, a idade e a escolaridade; geográfica – localização, distâncias e tempos de deslocação, e atributos fisiográficos e da rede de transportes; sociopsicológica – autoperceção do estado de saúde e da qualidade dos serviços de saúde; sociocultural – divergências entre grupos étnicos relacionadas com a crença na medicina tradicional face às práticas da medicina científica (Remoaldo, 2008).

Em suma, o acesso pode ser analisado em duas vertentes: *“pelas caraterísticas da população e pela avaliação, através de indicadores outcome, da passagem do utente pelo sistema”* (Santana, 1993). Quando se avaliam as caraterísticas da população, há que ter em conta não só a predisposição do utente para a utilização dos serviços de saúde (considerando variáveis como sexo, idade, educação, religião), mas, também, as caraterísticas que permitem ao utente adquirir serviços de saúde e chegar até eles (rendimento, seguros, facilidades de transporte), e as necessidades autopercebidas pelo utente ou avaliadas pelo sistema de saúde.

Numa primeira instância, o acesso está relacionado, não só com a admissão do utente, mas com todo o fenómeno de entrada do doente no sistema, do qual resultam taxas de utilização e de satisfação, sendo, por isso, necessária a análise do movimento do utente em direção ao sistema, e das facilidades e barreiras que influenciam essa procura, mas, também, do movimento assistencial implícito à oferta de cuidados, nomeadamente no que respeita à capacidade de equipamentos e da organização (Silva, 1978).

Quando consideramos os indicadores de *input* inerentes ao acesso, estes podem ser qualificados consoante o nível de possibilidade de manipulação pela Política de Saúde, onde as variáveis mutáveis, como a distribuição de recursos ou a cobertura de seguro, são facilmente influenciadas, enquanto as variáveis imutáveis,

como o sexo, a idade ou os grupos residenciais, pelas suas especificidades, originarão subgrupos, possivelmente divergentes em relação ao acesso (Santana, 1993). A utilização e a satisfação serão, assim, o resultado final da Política de Saúde referente ao acesso.

Reconhecer que a acessibilidade é a tradução das necessidades autopercebidas pelos cidadãos ou pelos profissionais de saúde em procura expressa, ou seja, em utilização da oferta, torna-se essencial quando se pretende avaliar a eficácia dos serviços de saúde. Se, por um lado, os *outputs* determinados serão os cuidados efetivamente prestados, por outro lado, os *outcomes* determinados serão as consequências que resultam dos outputs em variadas situações (Santana, 1993). Esta relação binomial *outputs/outcomes* fornecer-nos-á o efeito da prestação de cuidados de saúde no estado de saúde da população.

É, simultaneamente, importante compreender que não existe apenas um fator que influencie ou condicione o acesso aos cuidados de saúde, mas sim que o acesso e a utilização são o produto de uma combinação de diversos fatores.

### **2.3. Áreas de referência e de influência – Contextualização**

De modo a não comprometer o princípio da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, consagrado na Lei de Bases da Saúde, cada hospital serve, preferencialmente, a população de utentes da sua área de influência que fora atribuída pelas redes de referenciação hospitalar.

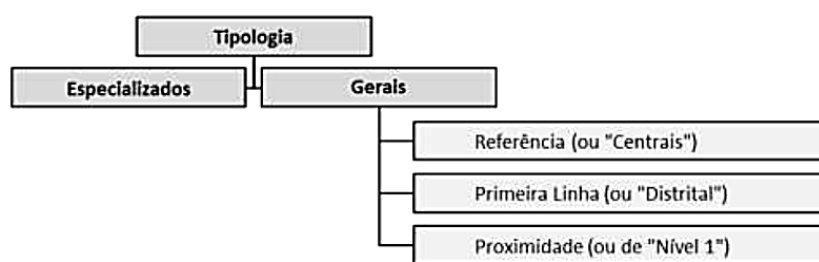
Segundo a ERS (2012), o fator essencial ao planeamento da rede de oferta hospitalar é a definição das áreas geográficas de influência primárias das diversas unidades hospitalares, cuja delimitação se restringe às populações cobertas diretamente pelos hospitais, havendo a possibilidade de referenciação pelos CSP, de cada concelho, aos respetivos hospitais. A fonte anteriormente mencionada revela, ainda, que, devido ao estado atual das áreas de influência primárias dos hospitais de rede hospitalar pública, algumas áreas de influência têm apenas caráter indicativo e não vinculativo na sua aplicação, havendo, assim, hospitais que não sabem, com precisão, quais as suas áreas de influência.

Alguns desses constrangimentos estão relacionados com as dificuldades na delimitação geográfica, onde, por vezes, são limitados explicitamente os concelhos e,

outras vezes, são divididos concelhos. Também a heterogeneidade nas áreas de influência por especialidade médica é referida, pela ERS, como outra dificuldade.

O Estudo para a Carta Hospitalar, desenvolvido pela ERS (2012), faz referência à divisão dos hospitais em hospitais de primeira linha – “primeira porta de entrada dos utentes nos cuidados hospitalares” da população residente na sua área de influência direta - e hospitais de referência – hospitais que “funcionam como hospitais de primeira linha relativamente às populações da sua área de influência primária” e respondem, simultaneamente, a situações diferenciadas quando os hospitais de primeira linha não têm capacidade para prestar os cuidados necessários. A estes dois, é, ainda, apresentado o conceito de hospital de proximidade que visa satisfazer as necessidades de cuidados de saúde nas “situações em que a acessibilidade geográfica ou temporal a um hospital de primeira linha seja menos favorável” (ERS, 2012)<sup>5</sup>.

Não obstante, a tipologia hospitalar pode ser classificada, ainda, de acordo com a sua especialização em hospitais gerais e hospitais especializados (**figura 6**). Um hospital especializado “é definido como sendo um hospital em que predomina um número de camas adstritas a determinada valência ou que presta cuidados de saúde apenas ou especialmente a determinados utentes, e o hospital geral é definido simplesmente como o hospital que integra diversas valências” (ERS, 2012).



Fonte: ERS, 2012.

**Figura 6.** Esquema da classificação do tipo de hospital, segundo a ERS

Em Janeiro de 2012, integravam a Rede Hospitalar com Financiamento Público 95 hospitais públicos, destes, 77 são hospitais gerais e 18 especializados, e 18 hospitais pertencentes a IPSS, totalizando 113 hospitais (ERS, 2012). Para cada um

<sup>5</sup>A primeira classificação aos hospitais públicos adotou o critério a classificação para efeitos de faturação dos episódios de urgência da Portaria nº567/2006, de Junho, diploma revogado com a publicação da Portaria nº132/2009, de 30 Janeiro. Para a tipologia dos hospitais que, em 2006, integraram em CH ou ULS adotou-se a classificação presente na Portaria nº1108/2004, de 7 de Setembro, da Portaria nº281/2005, de 17 de Março e da Portaria nº117/2008, de 6 de Fevereiro.

dos hospitais, o Ministério da Saúde identifica a respetiva área de abrangência/influência, onde são definidas as populações cobertas pelo hospital.

Informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde permitem verificar que algumas áreas de influência de determinados hospitais se sobrepõem às de outros, tendo essas populações mais do que uma opção quando necessitam de recorrer aos cuidados de saúde hospitalares (Rodrigues et al., 2002, e ERS, 2011).

Porém, nas áreas sobrepostas, há que ressaltar que ter mais do que uma opção não significa que exista, de facto, mais do que uma opção para todas as especialidades e serviços dos hospitais, situação colmatada com a lógica da referenciação existente no SNS.

O **anexo III** ilustra a localização dos hospitais gerais, identificando as áreas de abrangência sem sobreposição, não identificadas, e as áreas com uma ou mais sobreposições. O **anexo IV** diz respeito à rede hospitalar com financiamento público, contemplando as áreas de abrangência dos hospitais gerais, dos hospitais públicos e das IPSS<sup>6</sup>.

Segundo dados da ERS (2011), quando se consideram os hospitais gerais, regista-se a sobreposição de áreas de abrangência em 144 concelhos de Portugal Continental (52%). Por outro lado, esse número aumenta quando se avaliam tanto os hospitais gerais, como os hospitais do setor social – 188 concelhos (68%) são cobertos por mais do que uma área de abrangência. A mesma fonte refere, ainda, que a ARS LVT é aquela que regista mais sobreposições – 78% dos concelhos da região são cobertos pelo menos duas vezes por áreas de abrangência, considerando os hospitais públicos gerais, e 100% dos concelhos têm duas ou mais coberturas quando se consideram os hospitais públicos gerais e os hospitais do setor social.

O Relatório Preliminar sobre a Rede Hospitalar com Financiamento Público, desenvolvido pela ERS (2011), onde se analisa o acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares, considerando as dimensões de proximidade e capacidade, concluiu que há evidências da “existência de desigualdades no acesso dos utentes e uma distribuição de hospitais desajustada à distribuição da população residente”, nomeadamente nas regiões do Alentejo e Algarve, e que há um “número elevado de

---

<sup>6</sup>Embora esteja representada a localização dos hospitais públicos especializados, não foi tida em conta a análise das sobreposições das áreas de abrangência, pela dificuldade de comparação com outros hospitais, em função das Características dos cuidados prestados. Note-se que os hospitais especializados têm áreas de abrangência regionais, bastante superiores à dos hospitais gerais.

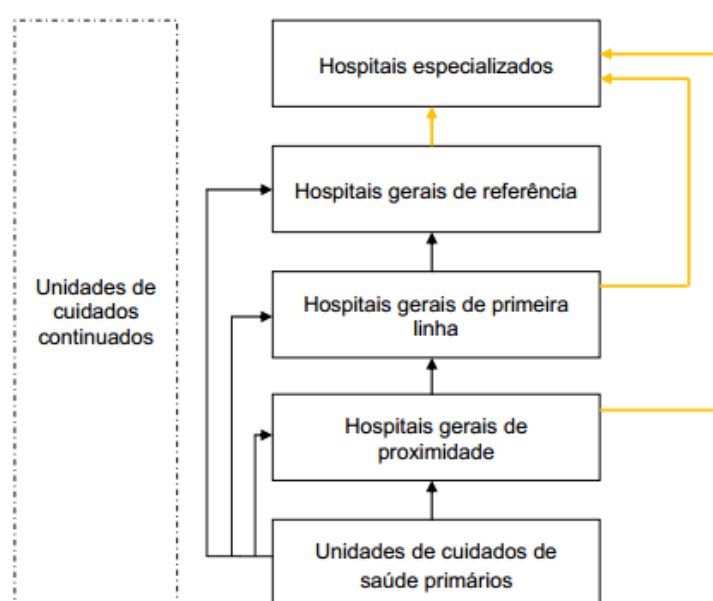


sobreposições de áreas de abrangência.” Relativamente à análise da capacidade, verificou-se a presença de regiões com rácios de mais de 500 médicos por 100 mil habitantes, estando a média da EU15 situada nos 347 médicos por 100 mil habitantes.

A ERS, no referido Estudo para a Carta Hospitalar, “verificou existirem indícios de potencial redundância de oferta face à procura potencial que recaíam sobre um conjunto de concelhos que foram classificados como possuindo elevada acessibilidade, concentrados em torno de Lisboa, Porto e Coimbra” (ERS, 2012).

As RRH são sistemas cujo objetivo é o de regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as várias instituições, assegurando, assim, o acesso aos diferentes serviços e unidades de cuidados de saúde através de um sistema integrado de informação (**figura 7**) (DGS, 2001). Estas refletem, assim, a oferta existente e julgada como necessária nos hospitais do SNS, tendo em conta as respetivas áreas regionais de saúde (Ministério da Saúde, 2010).

A necessidade da existência de RRH surge, neste contexto, como forma de garantir a referenciação de utentes de hospitais de nível mais baixos para níveis superiores nas situações em que não seja possível a prestação de cuidados no âmbito de determinada especialidade, ou por insuficiência ou inexistência de capacidade técnica, obrigando, assim, os hospitais de nível superior a aceitar a transferência de doentes de hospitais de nível inferior (ERS, 2012).



**Figura 7. Redes de Referência Hospitalar, segundo as tipologias hospitalares**

Fonte: ERS - Estudo para a Carta Hospitalar. 2012

O estudo “Saúde em Análise – Uma visão para o futuro”, da Deloitte (2011), alerta para a importância do reconhecimento da necessidade de requalificação da rede de referência hospitalar de urgência/emergência que se evidencia no número de admissões de doentes nos hospitais através das urgências, sendo estas uma das principais portas de entrada nos cuidados hospitalares.

O referido estudo diz-nos que, em 2008, face ao desequilíbrio entre as necessidades, a evolução demográfica e as acessibilidades com a realidade, foram definidas medidas que visam combater algumas destas fragilidades, entre as quais se destacam: o reconhecimento de 89 serviços de urgência, com a criação do conceito de SUB; o encerramento de 15 serviços de urgência; e o estabelecimento de uma meta que objetiva dar respostas a socorro dentro de 30 minutos, a nível nacional, e 15 minutos, nas zonas urbanas, em 90% dos casos de urgência (Despacho nº 5414/2008). Contudo, e de acordo com o estudo referido anteriormente, até abril de 2010, dos objetivos traçados, apenas foram criadas 39 SUB e encerradas 9 serviços de urgência nas regiões Norte e Centro do país.

De acordo com o Parecer e Recomendação da ERS (2009), as RRH restringem-se a meras linhas orientadoras, onde são estabelecidos requisitos e critérios de carácter desejável, mas inexistentes.

O planeamento da rede hospitalar exige, assim, o reconhecimento de fatores inerentes às oportunidades e às ameaças de mercado, de modo a garantir o retorno daquilo que é expectável. Assim, e de acordo com o Relatório GTRH, no que concerne à rede hospitalar, devem ser considerados fatores como:

- Proximidade geográfica
- Caracterização sociodemográfica por região
- Capacidade instalada
- Nível de especialização
- Procura potencial
- Acessibilidades
- Redes de referência
- MCDT disponíveis
- *Benchmarking* internacional

Quando planeamos, estamos, simultaneamente, a fazer previsões, o que pressupõe uma base sustentada de evidência e de estudos que fundamentem as

nossas decisões. Em saúde e, nomeadamente no que refere à rede de cuidados hospitalares, a utilidade e a eficácia daquilo que se pretende fazer deve estar assegurada.

Várias e constantes têm sido as alterações verificadas ao nível da estruturação e dimensionamento da rede hospitalar, não só devido à abertura de novas instituições, encerramento e fusões, como, também, devido à imposição administrativa do Estado, no que diz respeito à redução do número de camas do parque hospitalar em 15%, em 2008. Contudo, algumas das medidas tomadas não conferem o resultado objetivado, verificando-se, por exemplo, que a redução no número de camas que se tem observado não tem manifestado uma redução proporcional na diminuição da despesa, uma vez que não influencia diretamente o financiamento (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A oferta de cuidados deve ser planeada com base na análise da procura atual e nas previsões da procura futura, bem como na avaliação do *gap* entre procura e oferta, pelo impacto que tem no planeamento dos recursos e na eficiência do sistema (OPSS, 2013).

A região de Lisboa, mais especificamente a área Metropolitana de Lisboa, é, previsivelmente, aquela que apresenta maiores dificuldades no desenho da oferta de cuidados, não só pelo elevado número de instituições e de camas hospitalares, como, também, pelo aparecimento de novos hospitais, o que, consequentemente, origina problemas de articulação e adaptação a esta nova realidade (Ministério da Saúde, 2013).

Assim, a capacidade de planeamento de um hospital deve ter em conta a gestão de processos, nomeadamente no que respeita ao valor acrescentado ao doente que ocorre aos CSH, devendo ter por base uma perspetiva do percurso que o doente faz quando acede ao hospital, e não uma perspetiva de número de camas ou de especialidades (PNS 2011-2016, 2010). Por outro lado, o planeamento “pressupõe a identificação da capacidade de cada unidade hospitalar perante aquelas necessidades e estabelecer orientações para a referenciação dos utentes para unidade hospitalares de nível mais elevado ou diferenciado” (ERS, 2012).

Na verdade, nem o número de camas nem a taxa de ocupação emitem uma boa medição dos serviços prestados, pela significativa “variação no case-mix, nos custos associados aos tratamentos de cada doente, na qualidade e nos resultados

obtidos” (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Segundo um estudo realizado, em 2006, pela antiga HealthCare Commission, referente ao excesso de capacidade nos cuidados hospitalares no Reino Unido, verificou-se que, independentemente do número de camas que estejam disponíveis, se observa uma ocupação das mesmas pela admissão de mais doentes ou pelo aumento da duração dos tempos de internamento.

Há, no entanto, imposições legais, no âmbito do planeamento. De acordo com o DL nº233/2005, relativo aos estatutos das entidades públicas empresariais, um dos instrumentos de gestão estratégica previsto é a produção de planos plurianuais de atividade, de investimentos e económico-financeiros a médio prazo.

São reconhecidos os desafios que os hospitais enfrentam hoje em dia, não só pelas mudanças populacionais, pelos novos padrões de doença, de intervenção médica, de tecnologia, de instrumentos de financiamento, como, também, pela pressão sobre os países da OCDE, nomeadamente no que toca ao Orçamento de Estado, comprometendo a manutenção, a médio prazo, do acesso universal e equitativo aos serviços de prestação de cuidados (Vaz, 2013).

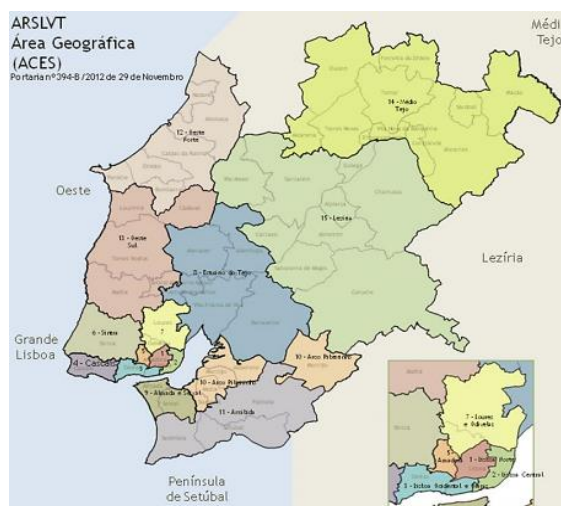


**Figura 8. Estratégias Genéricas da Reforma Hospitalar.**

Elaboração própria. Adaptado do Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar: *Os cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança.*

## 2.4. Área Regional de Influência – Região de Lisboa

O território da ARSLVT, IP (**figura 9**) é composto por 5 NUTS III, designadamente: Oeste, Grande Lisboa, Península de Setúbal, Médio Tejo e Lezíria do Tejo. Esta região engloba 52 concelhos.



**Figura 9. Mapa do Território da ARSLVT, em destaque a Grande Lisboa**

Fonte: Retrato da Saúde em Lisboa. Junho de 2013

Este é um território que engloba cerca de 34,7% da população total, segundo os resultados dos Censos de 2011, sendo, por isso, uma região de elevada densidade populacional (309,4 hab/km<sup>2</sup>).

A Grande Lisboa (**figura 10**), sub-região estatística portuguesa, é constituída por 9 concelhos do distrito de Lisboa: Amadora, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Odivelas, Oeiras, Sintra e Vila Franca de Xira.



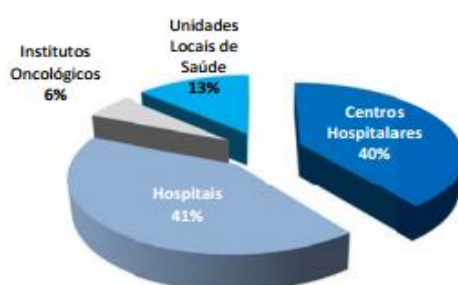
**Figura 10. Mapa do território da Grande Lisboa – Concelhos**

Fonte: Retrato da Saúde em Lisboa. Junho de 2013

Inicialmente, o concelho de Lisboa concentrava 53 freguesias. Contudo, e de acordo com a Lei 56/2012 de 8 de novembro, este sofreu uma reorganização administrativa em relação à subdivisão em freguesias, reduzindo o número para 24 freguesias – **Anexo V**.

#### **2.4.1. Caraterização da oferta de cuidados hospitalares**

As duas principais portas de entrada da prestação de cuidados são, fundamentalmente, o serviço de urgência e o serviço de consulta externa. A configuração do parque hospitalar tem também influência na melhoria do acesso aos cuidados de saúde. Com as alterações referidas anteriormente, designadamente os projetos-piloto para a criação de hospitais de gestão empresarial, a transformação de hospitais SPA em EPE e a criação de centros hospitalares, o parque hospitalar público português é constituído, segundo dados de 2011 disponibilizados no Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar, por 21 Centros Hospitalares, 22 Hospitais, 3 Institutos Oncológicos e 7 Unidades Locais de Saúde (**figura 11**).



**Figura 11. Composição do Parque Hospitalar, em 30.06.2011<sup>7</sup>**

Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar: *Os cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança.*

A região de Lisboa é caracterizada por uma grande multiplicidade de prestadores de cuidados de saúde a par com o SNS, nomeadamente: Seguradoras, ADSE, SAMS, Misericórdia, entre outras. Identificar a real cobertura de cuidados de saúde torna-se, desta forma, complexo, uma vez que muitos dos utentes do SNS optam por outros tipos de prestadores. Relativamente à escolha do prestador, esta deve-se, muitas vezes, a fatores externos como, por exemplo, a proximidade do local de trabalho.

<sup>7</sup> A estes dados há, ainda, a acrescentar 2 hospitais em regime de Parceria Público-Privada, o Hospital de Cascais e o Hospital de Braga, e também os Hospitais Beatriz Ângelo (abertura em 2012) e de Vila Franca de Xira (abertura em 2013).

Na ARSLTV, IP. existem 18 unidades hospitalares (**Tabela 1**), 6 das quais pertencem ao concelho de Lisboa, designadamente:

- Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E;
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E;
- Centro Hospitalar Ocidental, E.P.E;
- Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa;
- Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto;
- IPO Francisco Gentil, Centro Regional Oncologia de Lisboa, E.P.E.

Unidade: Qtd e %

Regiões de Saúde	Tipo de Unidade Hospitalar						TOTAL	% Rel.
	Hospitais SPA	Hospitais EPE				Hospitais PPP		
		CH	H <sup>(a)</sup>	ULS	Subtotal			
ARS Norte		9	3	3	15	1	16	30%
ARS Centro	4	5	2	2	9		13	25%
ARS LVT	5	6	5		11	2	18	34%
ARS Alentejo			2	2	4		4	8%
ARS Algarve		1	1		2		2	4%
Total	9	21	13	7	41	3	53	100%

**Tabela 1. Distribuição do Parque hospitalar por Tipo e por ARS, em 30.06.2011**

Fonte: Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar: *Os cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*

No que respeita à distribuição de camas hospitalares, em 2009, e segundo dados da ACSS, no âmbito do SNS existem 23.085 camas, representando as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo cerca de 70% desse valor. No programa especial de Cuidados Continuados estão ainda contratadas mais cerca de 5.595 camas, distribuídas pelas várias unidades de todo o país (**Tabela 2**).

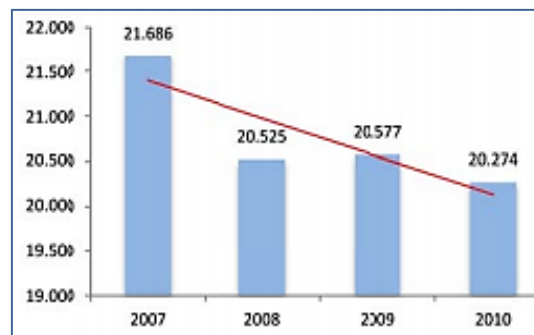
Unidade: Qtd e %

Regiões de Saúde	% Relativa da População	N.º de Camas (2009)	% Rel Camas	Distribuição de Camas / 100.000 Hab
ARS Norte	36%	7.499	32%	205
ARS Centro	18%	5.187	22%	294
ARS LVT	37%	8.601	37%	234
ARS Alentejo	5%	992	4%	194
ARS Algarve	4%	806	3%	179
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>23.085</b>	<b>100%</b>	<b>μ=229</b>

**Tabela 2. Distribuição das Camas Hospitalares por ARS – 2009**

Fonte: Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar: *Os cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*

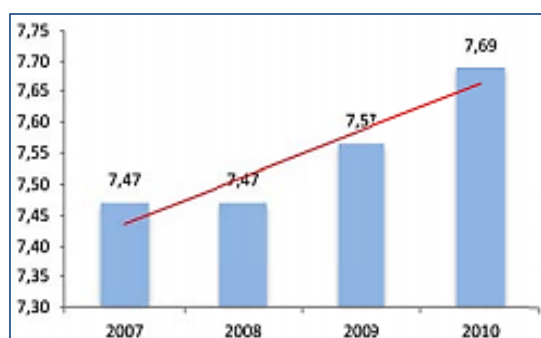
No que se refere à evolução da demora média e da lotação praticada (**figuras 12 e 13**), dados da ACSS, relativos ao período entre 2007 e 2010, mostram que se verificou um aumento de 2,92% na demora média e uma redução de 6,51% da lotação praticada.



**Figura 12. Lotação Praticada (Nº), entre 2007-2010**

Fonte: Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar: *Os cidadãos no centro do Sistema.*

*Os Profissionais no centro da mudança*



**Figura 13. Evolução da Demora Média (Dias), entre 2007-2010**

Fonte: Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar: *Os cidadãos no centro do Sistema.*

*Os Profissionais no centro da mudança*

Segundo resultados de estudos internacionais, a reconfiguração do parque hospitalar potencia um melhor acesso aos cuidados de saúde, sugerindo, ainda, que a redução da concentração de especialistas em hospitais de cuidados agudos e em centros de elevada diferenciação permitirá gerar uma maior capacidade de resposta nos serviços que possam ser transferidos de hospitais para a comunidade (PNS 2011-2016, 2010).

De modo a facilitar o acesso a diversas especialidades hospitalares, o cumprimento do compromisso de gestão pelas várias entidades deve estar assegurado. Contudo, a cobertura continua a não abranger todas as especialidades,



nem várias regiões geográficas, comprometendo, assim, a satisfação das necessidades populacionais.

No entanto, para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e reduzir as listas de espera nas diversas especialidades, foram criados vários mecanismos de atuação, no âmbito da referenciação de cuidados, dos quais se destacam:

- Consulta a Tempo e Horas (CTH) – referenciação de doentes dos cuidados de saúde primários para as consultas hospitalares;
- Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) – referenciação de doentes, em lista de espera no âmbito do programa de cirurgias, de determinado hospital para outro hospital da rede do SNS ou convencionado;
- Plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) – referenciação de doentes para a rede de cuidados continuados, através de equipas de gestão de altas hospitalares.

De uma maneira geral, os resultados de 2010 mostram que 65% dos pedidos registados no sistema de CTH foram atendidos; no entanto, este valor representa apenas 21% do total das consultas de especialidade realizadas nos hospitais, o que levanta algumas dúvidas inerentes aos resultados apresentados por este instrumento. No âmbito do sistema do SIGIC verificou-se uma redução do valor da mediana do tempo de espera por cirurgia, o que sugere que, mecanismos de resolução como este tipo de sistema, podem ser exportados para outras áreas (Relatório GTRRH, 2011).

Há, ainda, que referir a aprovação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde que visa “garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada doente” (Lei nº 41/2007, de 24 de Agosto). Também a criação RRH, da Saúde 24 e da reforma no âmbito dos CSP constituíram instrumentos cujo objetivo foi “melhorar a acessibilidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde, aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores, bem como promover maiores níveis de eficiência” (PNS 2011-2016, 2010).

Contudo, e segundo um estudo da ERS, as entidades prestadoras de cuidados devem estabelecer quais as RRH necessárias para as suas ARS (ERS, 2010), uma vez que o atual modelo das RRH tem falhado com a sua missão de complementar e apoiar as relações hospitalares, assumindo, apenas, o papel de orientador e

“permitindo situações de autofagia e de desnatação, perfeitamente arbitrárias, com consequências graves para as populações” (PNS 2011-2016, 2010).

Quanto aos recursos humanos, no âmbito do SNS, estão contratados cerca de 125.527 profissionais, 78.2% (98.156 profissionais) dos quais dizem respeito a profissionais que desenvolvem a sua atividade em Hospitais e ULS (Relatório GTRRH, 2011).

Em 2011, na ARSLVT, IP o número de recursos humanos efetivos atingiu os 8.037 profissionais (**Tabela 3**), considerando os serviços centrais e os ACES. Com a aprovação do Orçamento de Estado de 2012, o Mapa de Pessoal passou a contemplar um total de 10.356 profissionais, ou seja, um aumento de 26% dos lugares previstos para esta região.

Grupos Profissionais	Efetivos a 31/12/2011	Mapa Pessoal 2012	$\Delta$ Mapa 2012 / Efet. 2011
Dirigentes	41	48	15%
Médicos	2.036	2.543	20%
Técnicos Superiores a)	336	529	36%
Pessoal de Enfermagem	2.096	2.721	23%
Técnicos Diagnóstico e Terapêutica	322	452	29%
Pessoal Assistente Técnico b)	1.971	2.746	28%
Pessoal Assistente Operacional	847	1.240	32%
Pessoal Informático	31	77	60%
Sem carreira definida na A.P.	2		
<b>Subtotal</b>	<b>7.682</b>	<b>10.356</b>	<b>26%</b>
Outro Pessoal c)	355	0	
<b>Total</b>	<b>8.037</b>	<b>10.356</b>	<b>22%</b>

**Tabela 3. Mapa de Pessoal, em 2011-2012<sup>8</sup>**

Fonte: Plano de Atividades, ARSLVT, IP. 2012

No âmbito hospitalar existem 19.006 médicos, verificando-se que as regiões que concentraram maior número de médicos, em 2010, foram as regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo, representando 74% do total (**Tabela 4**). Por outro lado, na **figura 14**, podemos constatar, também, a assimetria da distribuição regional de médicos pelas regiões sul, face às regiões Centro e Lisboa e Vale do Tejo.

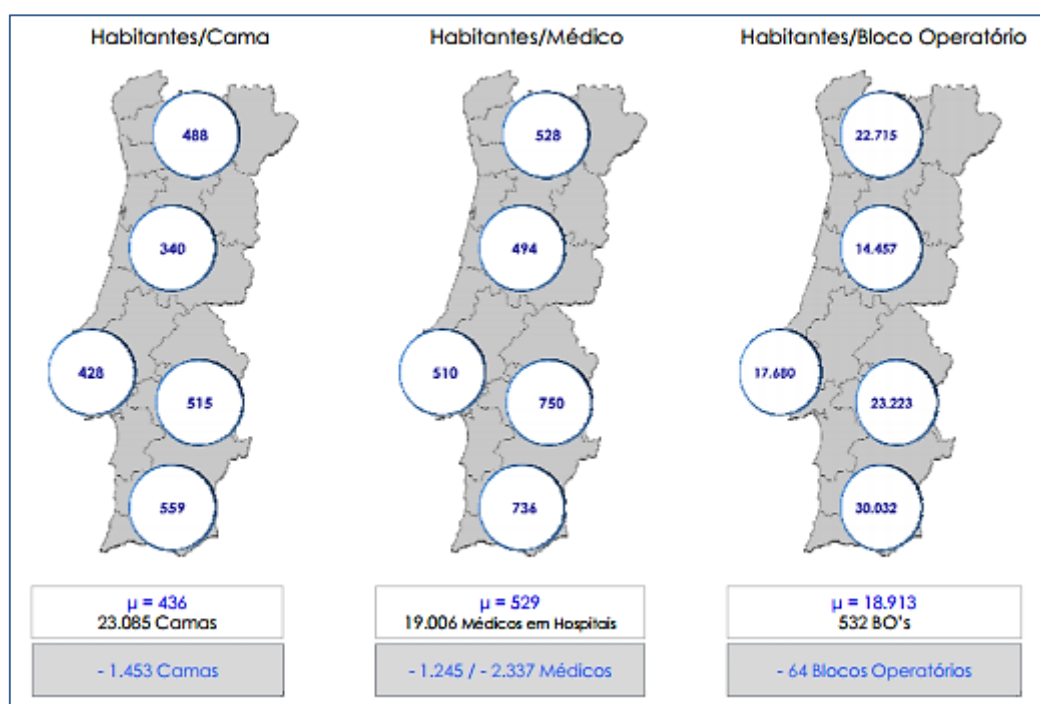
<sup>8</sup> a) Inclui Técnicos Superiores de Saúde; b) inclui Coordenadores Técnicos; c) Pessoal em formação pré-carreira; estes dados não contemplam os recursos afetos à Coordenação da Intervenção e às estruturas de intervenção local nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Unidade: Qtd

Regiões de Saúde	% Relativa da População	Médicos (Qtd)	% Rel	Distribuição de Médicos / 100.000 Hab
ARS Norte	36%	6.926	36%	189
ARS Centro	18%	3.572	19%	203
ARS LVT	37%	7.215	38%	196
ARS Alentejo	5%	681	4%	133
ARS Algarve	4%	612	3%	136
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>19.006</b>	<b>100%</b>	<b><math>\mu=189</math></b>

**Tabela 4. Distribuição de Médicos Hospitalares por ARS – 2010**

Fonte: Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar. 2011



**Figura 14 - Relação de Habitantes por Cama, por Médico e por Bloco Operatório**

Fonte: Relatório Final do Grupo de Trabalho da Reforma Hospitalar. 2011

## 2.4.2. Caracterização da população da área de atração

### 2.4.2.1. Demografia

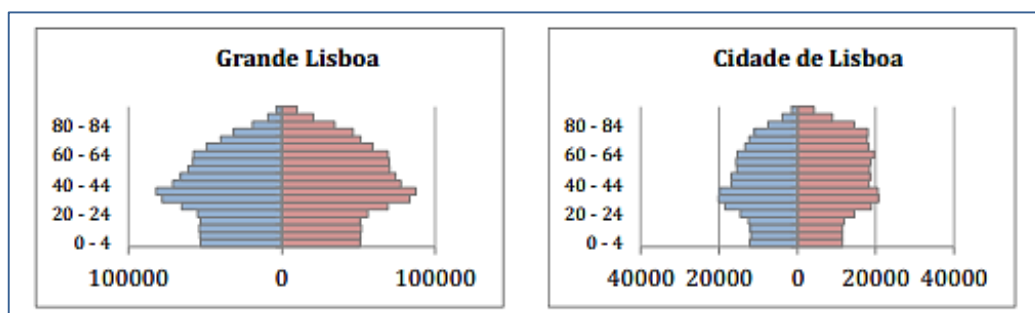
O concelho de Lisboa é caracterizado por um índice de envelhecimento da população muito elevado (**Tabela 5**); cerca de 24% da população tem mais de 64 anos, comparativamente com os restantes concelhos da Grande Lisboa. Na cidade de Lisboa encontramos cerca de 186 idosos por cada 100 jovens, e cerca de 38 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa.

Território	Taxa de crescimento efetivo	Taxa de crescimento natural	Taxa bruta de natalidade	Taxa bruta de mortalidade	Taxa de fecundidade geral	% de nados-vivos fora do casamento
Continente	-0,29	-0,06	9,1	9,8	38,7	43,3
Grande Lisboa	0,08	0,23	11,1	8,8	46,0	52,4
Concelho de Lisboa	-0,32	-0,16	10,5	12,1	46,7	51,7

Fonte: INE, Indicadores de População por Município, Anuário Estatístico da Região de Lisboa

**Tabela 5. Principais Indicadores Demográficos, 2011**

Em relação à estrutura da pirâmide etária do concelho de Lisboa (**figura 15**), esta apresenta uma configuração bastante envelhecida em relação à da Grande Lisboa, com predomínio do grupo etário 45-49 anos, sendo o sexo feminino dominante – 54,2% na cidade de Lisboa e 52,9% na Grande Lisboa. Em anexo encontram-se os dados relativos à estrutura da população residente por grupo etário e por índices de dependência, em 2011 (**Anexo VI e VII**, respetivamente).



**Figura 15 - Pirâmide Etária – Grande Lisboa e Cidade de Lisboa**

Fonte: Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade. Junho de 2013

Contrariamente àquilo que se observa no Continente e na Região de Lisboa, na cidade de Lisboa registaram-se 547 733 habitantes (**Tabela 6**), verificando-se uma diminuição da população, entre 2001 e 2011: menos 16 924 indivíduos.

Território	População Residente 2011					
	HM	H		M		Variação 2011-2001
		Total	%	Total	%	
Continente	10 047 621	4 798 798	47,8	5 248 823	52,2	1,99
Lisboa Região	2 821 876	1 334 605	47,3	1 487 271	52,7	6,01
Grande Lisboa	2 042 477	961 132	47,1	1 081 345	52,9	4,89
Lisboa Cidade	547 733	250 874	45,8	296 859	54,2	-3,00

Fonte: INE, Censos 2011 - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário

**Tabela 6. População residente por local de residência e sexo, em 2011**

#### 2.4.2.2. Agregado Familiar

Em Portugal, atualmente, o número de famílias é maior e de menor dimensão, pelo consecutivo aumento do número de famílias unipessoais e da diminuição do número de famílias numerosas. São, principalmente, os idosos e as mulheres que vivem sozinhos, sendo, também, aqueles que apresentam maior risco de pobreza.

Em 2011, os núcleos de famílias constituídos por um casal, de direito ou de facto, com pelo menos um filho, representavam metade dos núcleos familiares, verificando-se uma redução de 7% face a 2001.

De acordo com os Censos 2011, constatou-se, ainda, que famílias com crianças dependentes, nomeadamente famílias monoparentais e numerosas, estão sujeitas a risco de pobreza e intensidade de pobreza elevados, cerca de 30-40% para agregados familiares formados por dois adultos e três ou mais crianças, ou seja, duas vezes mais do que o valor estimado para o total da população. Por outro lado, as famílias com três ou mais adultos, sem crianças dependentes, ou constituídas por dois adultos e uma criança dependente são caracterizadas por apresentarem menor risco de pobreza, 9,1% e 15,6%, respetivamente, em 2010 (INE, 2013).

Em Portugal Continental, cerca de 6,1% das famílias são monoparentais<sup>9</sup>. No que confere ao concelho de Lisboa e ACES (**Tabela 7**), esse valor ronda os 6% e os 7%, respetivamente, sendo a mãe o órgão parental predominante das famílias monoparentais, em mais de 85% das famílias monoparentais.

Território	Famílias Clássicas						
	Total	Famílias monoparentais com pelo menos um filho menor de 25 anos					
		Total		Pai		Mãe	
		N	%	N	%	N	%
Continente	3 869 188	235 457	6,1	29 044	12,3	206 413	87,7
RLVT	1 476 002	105 864	7,2	14 117	13,3	91 747	86,7
Grande Lisboa	835 653	64 410	7,7	8 595	13,3	55 815	86,7
Concelho de Lisboa	243 892	16 155	6,6	2 354	14,6	13 801	85,4

Fonte: INE, Censos 2011

**Tabela 7. Famílias monoparentais com pelo menos um filho menor de 25 anos; Percentagem em relação ao número de famílias clássicas, 2011**

O número de famílias clássicas constituídas por um elemento representa, a nível nacional, 22%. Na ARSLVT esse valor sobe para 25%, atingindo os 35% ao nível

<sup>9</sup> Pai ou mãe que vivem com pelo menos um filho com menos de 25 anos.

do Município de Lisboa. Maioritariamente, as pessoas que vivem sozinhas são idosas (cerca de 43%), seguindo-se a população com menos de 44 anos (cerca de 33%) e o grupo etário dos 45-64 anos (cerca de 24%) – **Anexo VIII e IX**.

#### 2.4.2.3. Escolaridade

A escolaridade constitui um determinante da literacia em saúde, não só por possibilitar o conhecimento de conceitos específicos de importância na área da saúde, como, também, o desenvolvimento de competências e capacidades. Em Portugal Continental, a população analfabeta representa 5,2% da população do Continente e, no concelho de Lisboa, esse valor atinge os 3,2% (**Tabela 8**).

Território	Taxa de analfabetismo		
	HM	H	M
Continente	5,2	3,43	6,8
Grande Lisboa	3	1,79	4,05
Concelho de Lisboa	3,23	1,93	4,38

*Fonte: INE, Censos 2011*

**Tabela 8. Percentagem da taxa de analfabetismo, 2011**

Verifica-se, ainda, que a percentagem de analfabetismo é superior no sexo feminino (4,4% para o sexo feminino e 1,9% para o sexo masculino, em Lisboa). Contudo, são as mulheres que apresentam maior proporção quando se avalia a conclusão do ensino superior – 17,3% nas mulheres e 13% nos homens, no Continente. No concelho de Lisboa o valor não diverge muito: 33,7% para os homens e 33,6% para as mulheres (**Tabela 9**).

Território	% população residente com ensino superior completo		
	HM	H	M
Continente	15,25	12,95	17,27
Grande Lisboa	23,58	21,84	25,05
Concelho de Lisboa	33,63	33,72	33,56

*Fonte: INE, Censos 2011*

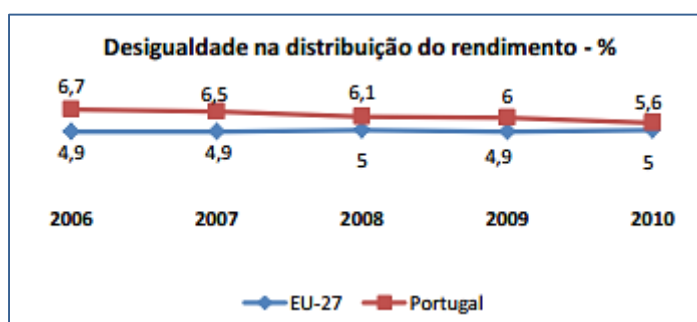
**Tabela 9. Proporção da população residente com ensino superior completo (%) por sexo e local de residência, 2011**

#### 2.4.2.4. Rendimento

Estudos empíricos têm mostrado que a exposição a determinados fatores de risco difere da condição/posição de vantagem ou desvantagem a que estão sujeitos os cidadãos, por exemplo, o tipo de habitação, a qualidade e a quantidade da disponibilidade alimentar, as condições de trabalho, a adoção de estilos de vida

saudáveis, entre outros. De facto, um mesmo nível de exposição a fatores de risco pode ter efeitos diferentes em grupos socioeconómicos distintos, sendo o rendimento um importante fator a considerar, no que diz respeito ao planeamento em saúde.

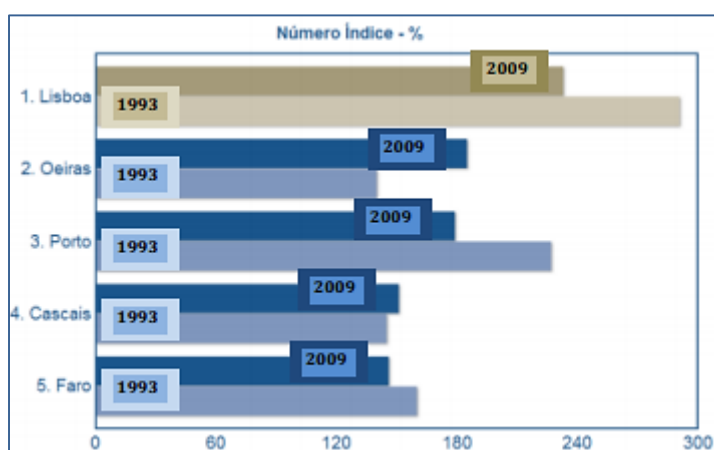
Segundo o Eurostat Compact Guide, em 2012, a taxa de risco de pobreza nos homens foi de 17,6% e nas mulheres de 18,4% (Eurostat, 2013). A desigualdade na distribuição do rendimento tem manifestado uma tendência decrescente, no entanto, em Portugal, os valores deste indicador foram superiores aos da média europeia (figura 16).



**Figura 16. Evolução da desigualdade na distribuição do rendimento em Portugal, 2006-2010**

Fonte: Retrato da Saúde em Lisboa – Contributo para um Perfil de Saúde da Cidade. Junho de 2013

Em 2009, a Grande Lisboa detinha um rendimento *per capita* na ordem dos 145,3€. Por sua vez, a cidade de Lisboa apresentava 10,5% do poder de compra do país, com um valor de rendimento *per capita* de 232,5€ (figura 17).



**Figura 17. Poder de compra *per capita*, em 1993 e 2009**

Fonte: Pordata, Retrato de Lisboa, 2011

Note-se que a população inscrita nos Centros de Saúde de Lisboa representa cerca de 98% da população residente, sendo que 18,4% desses indivíduos se encontra em situação de insuficiência económica (figura 10).

Região/ ACES	Utentes do SNS inscritos nos Cuidados de Saúde Primários		
	Total de inscritos	Utentes em situação de insuficiência económica	% Utentes com situação de insuficiência económica
RLVT	3 742 433	730 563	19,5%
Grande Lisboa	2 011 745	342 672	17,0%
Concelho de Lisboa	535 608	98 356	18,4%

Fonte: SIARS – Sistema de Informação da ARSLVT

**Tabela 10. Utentes do SNS inscritos nos Cuidados de Saúde Primários; Número e percentagem de utentes em situação de insuficiência económica, 2012**

Há que ter em conta que, face ao atual panorama de crise socioeconómica, o envelhecimento da população e os baixos níveis de rendimento contribuem para piorar o estado de saúde da população. Segundo os resultados de um estudo realizado pela ENSP, em 2013, referente a uma amostra de 1252 idosos com idade superior a 65 anos, da área Metropolitana de Lisboa, cerca de 30% dos idosos revelou ter deixado de usufruir de determinados recursos por não conseguir suportar os seus custos, nomeadamente os de consultas particulares (cerca de 60%), medicina dentária (cerca de 48%), aquisição de óculos e aparelhos auditivos (cerca de 47%), e serviços públicos de primeira necessidade (cerca de 25%) (OPSS, 2013).

Dados do INE referem, ainda, que, em 2011, o número de pensionistas da segurança social, no concelho de Lisboa, atingia os 199.622, valor que traduz uma redução na variação entre 2009/2011 de 3,6% (**Tabela 11**).

Território	Nº Pensionistas da segurança social			
	2009	2010	2011	Variação (%) 2009/2011
Continente	2 785 016	2 816 310	2 858 863	2,7%
Oeste	104 182	105 658	107 573	3,3%
Médio Tejo	72 540	73 040	73 974	2,0%
Grande Lisboa	527 380	531 570	538 365	2,1%
Concelho de Lisboa	207 097	202 813	199 621	-3,6%
Península de Setúbal	195 598	200 076	205 794	5,2%
Lezíria do Tejo	80 099	80 932	81 925	2,3%

**Tabela 11. Nº pensionistas da segurança social, por local de residência, em 2009-2010**

Fonte: Retrato da Saúde em Lisboa. Junho de 2013.



#### 2.4.2.5. Estado de Saúde

Avaliar o estado de saúde ou de doença de uma população exige o recurso a dados estatísticos relativos à mortalidade, nomeadamente por permitirem analisar a gravidade da doença em função das suas consequências, mas, também, quantificar o número de anos de vida perdidos por doenças evitáveis. Em Portugal, as principais causas de mortalidade são as doenças circulatórias (cerca de 32%), os tumores malignos (cerca de 23%) e as doenças respiratórias (cerca de 11,1%), seguindo-se os acidentes, os envenenamentos e a violência, para o sexo masculino, e a diabetes *mellitus*, para o sexo feminino (DGS, 2013).

Quando se convertem as causas de morte em anos de vida perdidos verificamos que, em primeiro lugar, surgem as doenças relacionadas com tumores malignos e com causas externas, seguindo-se as doenças do aparelho circulatório (Tabela 12).

Principais causas de morte	AVPP / 100 000 Hab	%
Todas as causas	3906	100,0
Tumores malignos	1239	31,7
Causas externas de mortalidade	636	16,3
Sintomas e sinais, resultados anormais e causas mal definidas	507	13,0
Doenças do aparelho circulatório	450	11,5
Tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu	386	9,9
Tumores malignos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	243	6,2
Doenças atribuíveis ao álcool	236	6,0
Doenças do aparelho digestivo	231	5,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	231	5,9
Acidentes de transporte	230	5,9

Fonte: INE; (Quadro extraído do Perfil de Saúde de Portugal, 2013)

**Tabela 12. 10 Principais causas de mortalidade prematura (Taxa de Anos de Vida Perdidos /100 000 hab), em Portugal Continental, em 2010**

## **2.5. Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE**

O CHLN foi criado em Março de 2008, ao abrigo do DL nº 23/2008 de 8 de Fevereiro. É um estabelecimento público pertencente ao SNS que integra duas instituições universitárias de referência, o Hospital de Santa Maria E.P.E e o Hospital de Pulido Valente E.P.E. A sua missão de prestação de cuidados de saúde, de formação, de inovação e de investigação torna-se essencial para o compromisso partilhado com o SNS.

O HSM regista o maior volume assistencial da RLVT, a nível da urgência e da atividade programada, servindo de referência no tratamento de patologias complexas ou raras. Aqui, está situada a Faculdade de Medicina de Lisboa e o Instituto Molecular da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O HPV protocolou, em 2005, com a Faculdade de Ciências Médicas da UNL, funcionando, também, nas suas instalações, uma secção do Centro de Histocompatibilidade do Sul. Na área circundante situam-se, ainda, a ENSP e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, criando-se uma envolvente externa e interna propícia para o desenvolvimento da formação e da investigação médica.

A satisfação das necessidades dos cidadãos que assiste, e a prestação eficiente e de qualidade são, neste contexto, princípios de atuação definidos na génese do CHLN. Por outro lado, também a garantia de equidade, a universalidade do acesso e a adequação de cuidados estão estabelecidas no regulamento interno da instituição.

Como valores centrais partilhados pelos profissionais do CHLN destacam-se os princípios éticos e o respeito pela dignidade humana, a responsabilidade social, a excelência dos serviços prestados e as competências técnicas e científicas.

Segundo o Relatório e Contas do CHLN (2011), “a empresarialização, em 2006, dos HSM e do HPV tem possibilitado maior agilidade na contratação de recursos, maior capacidade negocial nas aquisições e nos projetos de Investimento.” Não obstante, a mesma fonte refere, ainda, que a criação do CHLN, em 2008, “permitiu ganhos significativos na prestação de cuidados, através da racionalização de meios, da agilização de processos, da integração de recursos e das sinergias obtidas”.

### 2.5.1. Tipologia de cuidados hospitalares disponíveis

A estrutura organizacional do CHLN é constituída por três grandes áreas: ação médica, suporte à prestação de cuidados e apoio geral e logística. A ação médica está organizada em departamentos, serviços e unidades funcionais, tendo por base a intersecção dos vários grupos multidisciplinares por patologia, assente em princípios de gestão da doença. A área de suporte à prestação de cuidados está, essencialmente, relacionada com o apoio aos serviços de ação médica, e a área de apoio geral e logística segue uma estrutura de orientação vertical (Relatório e Contas do CHLN, 2011).

A tipologia de cuidados hospitalares pode ser descrita tendo em conta os vários departamentos definidos na estrutura organizacional (**Tabela 13**) e os vários serviços contemplados, dos quais se destacam:

Departamento	Serviços
Departamento de Cirurgia	Serviço de Cirurgia I Serviço de Cirurgia II Unidade de Cirurgia Geral Serviço de Cirurgia Plástica Serviço de Estomatologia Serviço de Ortopedia Unidade de Transplantação Serviço de Urologia
Departamento de Angiologia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Endovascular	Serviço de Cirurgia Vascular I Serviço de Cirurgia Vascular II
Departamento de Medicina	Serviço de Dermatologia Serviço de Doenças Infecciosas Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia Serviço de Imuno-Alergologia Serviço de Medicina I Serviço de Medicina II Serviço de Medicina III Serviço Unidade Universitária de Geriatria Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal Serviço de Reumatologia
Departamento de Neurociências	Serviço de Neurocirurgia

	Serviço de Neurologia Serviço de Oftalmologia Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
Departamento de Pediatria	Serviço de Genética Serviço de Cirurgia Pediátrica Serviço de Neonatologia Serviço de Pediatria Médica
Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução	Serviço de Obstetrícia Serviço de Ginecologia
Departamento de Oncologia	Serviço de Hematologia e Transplantação da Medula Serviço de Oncologia Médica Serviço de Radioterapia
Departamento de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação	Serviço de Otorrinolaringologia, Voz e Perturbações da Comunicação Serviço de Otorrinolaringologia
Departamento do Tórax	Serviço de Cardiologia I Serviço de Cardiologia II Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica Serviço de Cirurgia Torácica Serviço de Pneumologia
Departamento de Urgência e Cuidados Intensivos	Serviço de Urgência Central Serviço de Medicina Intensiva
Departamento de MCDT	Serviço de Anatomia Patológica Serviço de Imagiologia Geral I Serviço de Imagiologia Geral II Serviço de Imagiologia Neurológica Serviço de Imuno-Hemoterapia Serviço de Medicina Física e Reabilitação Serviço de Patologia Clínica
Outros Serviços Clínicos	Serviço de Anestesiologia Unidade de Cuidados Paliativos
Serviços de Apoio Geral e Logística	Serviço de Saúde Ocupacional

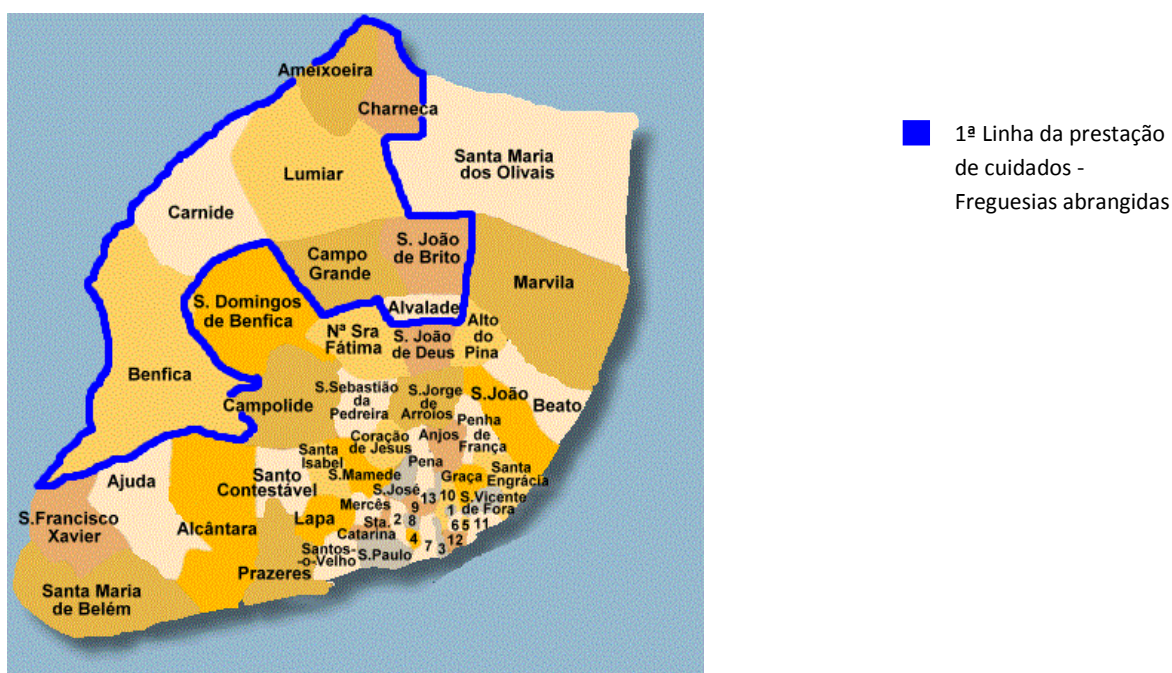
**Tabela 13. Departamentos e Serviços de Saúde do CHLN<sup>10</sup>**

A atividade assistencial do CHLN compreende, assim, as áreas funcionais do Internamento, da Consulta Externa, da Urgência, da Atividade Cirúrgica, do Hospital de Dia, dos MCDT.

<sup>10</sup> Urgência Pediátrica – Departamento de Pediatria; Urgência de ginecologia e Obstetrícia – Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução; O serviço de Dietética e Nutrição pertencem ao grupo dos “Serviços de Apoio Clínico”, surgindo nas consultas não médicas.

### 2.5.2. Mapeamento Geográfico da área de intervenção

O CHLN abrange, relativamente à 1ª linha da prestação de cuidados, as freguesias de Alvalade, Ameixoeira, Benfica, Campo Grande, Carnide, Charneca, Lumiar e S. João de Brito, do concelho de Lisboa (**figura 18**). De acordo com a Portaria nº 394.B/2012, relativa à Reorganização dos ACES da ARLVT, I.P., os Centros de Saúde que pertencem à área de influência do CHLN são: CS Alvalade, CS Benfica e CS Lumiar.



**Figura 18 - Freguesias do Concelho de Lisboa**

### 2.5.3. Caracterização demográfica da área de intervenção

O CHLN situa-se na Unidade Setentrional da Sub-Região de Lisboa. Segundo dados de 2011, publicados no Relatório e Contas do CHLN, o CH presta cuidados diretos a cerca de 372.831 habitantes. Contudo, com a nova reorganização das freguesias do concelho de Lisboa e com a abertura do Hospital Beatriz Ângelo, as freguesias de Loures e de Odivelas deixaram de fazer parte da área de abrangência relativa à referenciação de 1ª linha de cuidados. Desta forma, a ARS Lisboa, em 2012, fez saber que pretendia retirar cerca de 135 mil doentes ao CHLN, como forma de compensar a abertura do referido hospital (Arreigoso, 2012).

Das freguesias da área de influência do CHLN, a freguesia do Lumiar é aquela que regista um maior número de população residente, 41mil habitantes, de acordo com os resultados publicados pelos Censos de 2011.

Na freguesia de Alvalade residiam, em 2011, 88 mil habitantes, dos quais 57,6% eram do sexo feminino e 42,4% do sexo masculino. A faixa etária predominante situa-se entre os 25-64 anos, 48,5% da população total, e a menos representativa entre os 15-24 anos, com 8,5% da população total.

A freguesia da Ameixoeira, com cerca de 11mil habitantes, é das freguesias da área de influência do CHLN, aquela que regista uma menor percentagem de população idosa (65 anos ou mais) – 14,8%. A faixa etária dos 25-64 anos é dominante, com 56,1%, seguindo-se a faixa etária dos 0-14 anos, com 17,6%, podendo considerar-se, assim, uma freguesia com população residente jovem.

A freguesia de Benfica, a segunda que regista maior número de população residente das freguesias consideradas, com cerca de 36 mil habitantes, é caracterizada por 55,2% da população do sexo feminino e 44,8% do sexo masculino. O grupo etário que regista maior número de residentes é o grupo dos 25-64 anos, seguindo-se o grupo dos 65 anos ou mais, com 28,9%, traduzindo, assim, um elevado envelhecimento populacional desta freguesia.

As freguesias do Campo Grande, Carnide e Charneca, com cerca de 10mil habitantes, 23mil habitantes e 9 mil habitantes, respetivamente, registam, tal como nas outras freguesias consideradas, um maior número de residentes do sexo feminino. Nestas três freguesias, o grupo etário predominante é o grupo dos 25-64 anos.

A freguesia do Lumiar, como referido, é aquela que regista maior número de residentes (41mil habitantes), caracterizando-se como uma freguesia consideravelmente jovem – 57,4% da população tem entre 25-64 anos, 16,2% tem 65 anos ou mais, 15,4% tem entre 0-14 anos e 11% entre 15-24 anos.

Na freguesia de S. João de Brito residem cerca de 11mil habitantes, dos quais 56,1% são do sexo feminino, apresentando-se como uma freguesia com elevado envelhecimento populacional – 31,3% tem 65 anos ou mais. Contudo, o grupo etário dos 25-64 anos é dominante, com 48,4%, seguindo-se a faixa etária dos 0-14 anos, com 11,3%.

### 3. Metodologia

Definir a metodologia a utilizar é, sem dúvida, uma das etapas mais importantes, uma vez que é aqui que se tomam decisões fundamentais para assegurar a fiabilidade dos resultados de investigação.

Durante o processo de pesquisa bibliográfica, sobre o tema em questão, são utilizadas técnicas de análise documental, de modo a efetuar-se uma revisão da literatura suficientemente robusta. Posteriormente, procedeu-se à definição das variáveis e efetuou-se o tratamento e a análise dos dados.

#### 3.1. Fonte de dados

A base de dados recolhida para este estudo diz respeito a todos os atendimentos de consulta externa, nas diversas especialidades, bem como a todos os episódios de urgência ocorridos entre 2010 e 2013. A sua disponibilização decorre do contato com a administração do CHLN e dos serviços informáticos, acerca da temática e dos objetivos do estudo, bem como dos requisitos informacionais necessários para a concretização deste trabalho de investigação.

A disponibilização da base de dados ocorreu a 12 de janeiro de 2014, sendo os dados utilizados totalmente anónimos, derivados dos seguintes elementos:

- Informatização das CE/ Desktop do Médico
- Implementação do Sistema *Alert* nos diversos Serviços de Urgência

Como forma de melhorar a evidência disponível sobre o tema em análise foram utilizados diversos suportes de informação em formato de papel e digital, nomeadamente as publicações periódicas da Revista Portuguesa de Saúde Pública, editada pela Escola Nacional de Saúde Pública, as publicações efetuadas pelo OPSS ([www.observaport.org](http://www.observaport.org)) em particular os Relatórios Primavera que analisam a evolução do sistema de saúde português.

Recorreu-se, por outro lado, ao site da Fundação para a Saúde ([www.fsns.pt](http://www.fsns.pt)), como forma de obtenção de informação e conhecimento, ao site da Entidade Reguladora da Saúde ([www.ers.pt](http://www.ers.pt)), bem como ao site do Ministério da Saúde ([www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)) com o objetivo de recolher informação atual sobre a reforma dos cuidados de saúde hospitalares.

A recolha de informação inerente à caracterização e quantificação da população portuguesa foi obtida através do site do INE ([www.ine.pt](http://www.ine.pt)), nomeadamente através dos Censos de 2011.

A restante informação, necessária para a elaboração e conclusão deste trabalho de investigação, foi acedida através da base de dados do Centro de Documentação e Informação da Escola Nacional de Saúde Pública, onde é possível a consulta *online* de livros, revistas, dissertações de mestrado e teses de doutoramento.

### **3.2. Unidades de observação**

Foram considerados todos os atendimentos de consulta externa e todos os episódios de urgência registados entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2013, disponibilizados na base de dados, cedida pelo CHLN.

### **3.3. Tipo de Estudo**

Estudo descritivo que visa determinar a frequência e a distribuição dos episódios de Consulta Externa e de Urgência do CHLN, de acordo com as variáveis definidas.

O tratamento de dados foi efetuado através da utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

### **3.4. Variáveis em estudo**

Em estatística, a definição das variáveis surge como fator primário para a mensuração ou avaliação de cada elemento da amostra ou da população (Marôco, 2010). A sua classificação depende daquilo que se propõe avaliar, podendo ter valores numéricos ou não numéricos, podendo ser classificadas da seguinte forma:

- **Variáveis Quantitativas** podem ser descritas por números, sendo estas classificadas como contínuas ou discretas.
  - Variáveis discretas são avaliadas em números que resultam de contagens, sendo considerado apenas números inteiros (ex.: número de filhos);
  - Variáveis contínuas são avaliadas em números que resultam de medições, podendo, desta forma, assumir valores decimais. (ex.: peso)



- **Variáveis Qualitativas** (ou Categóricas) são as características que não possuem valores quantitativos, mas que podem ser definidas por categorias. Podem ser nominais ou ordinais:
  - Nas variáveis nominais não existe ordenação entre as categorias (ex.: sexo, cor dos olhos)
  - Nas variáveis ordinais existe uma ordenação entre as categorias (ex.: mês de observação – janeiro, fevereiro, etc.)

### 3.4.1. Descrição, classificação e operacionalização das variáveis

Das variáveis consideradas para este estudo, algumas são comuns tanto para a análise dos dados relativos à CE, como ao Serviço de Urgência, nomeadamente:

Variável	Definição Operacional	Escala de medida e valor	
<b>Género</b>	Refere-se ao sexo do doente, podendo assumir a dicotomia feminino ou masculino	Nominal	1 – Masculino 2 – Feminino
<b>Grupo Etário</b>	Idade verificada na data em que o utente ocorreu aos serviços de saúde	Ordinal	1 – < 1 ano 2 – 1 a 4 anos 3 – 5 a 9 anos 4 – 10 a 14 anos 5 – 15 a 24 anos 6 – 25 a 44 anos 7 – 45 a 64 anos 8 – 65 a 74 anos 9 – 75 a 84 anos 10 – ≥ 85 anos
<b>Distrito</b>	Distrito de residência, no momento em que ocorre aos serviços de saúde	Nominal	
<b>Concelho</b>	Concelho de residência, no momento em que ocorre aos serviços de saúde	Nominal	
<b>Freguesia</b>	Freguesia de residência, no momento em que ocorre aos serviços de saúde	Nominal	
<b>Nacionalidade</b>	Nacionalidade do utente, no momento em que ocorre aos serviços de saúde	Nominal	
<b>Estado Civil</b>	Estado Civil do utente, no momento em que ocorre aos serviços de saúde	Nominal	1 – Casado 2 – Solteiro 3 – Divorciado 4 – Judicialmente separado

			5 – União de facto 6 – Viúvo 7 – Desconhecido
<b>Entidade Financiadora Responsável</b>	Entidade responsável que financia a prestação dos cuidados de saúde	Nominal	1 – ADSE 2 – Militares e Forças Armadas 3 – S.N.S. 4 – Cidadãos evacuados dos PALOP 5 – Outros
<b>Referenciação/Origem</b>	Local de onde provem o doente ou estabelecimento de saúde que referenciou o doente para o CHLN	Nominal	

As variáveis que apenas foram consideradas para a Consulta Externa são, nomeadamente:

Variável	Definição Operacional	Escala de medida e valor	
<b>Tipologia da Consulta</b>	Refere-se ao tipo de consulta prestada	Nominal	1 – Primeira consulta 2 – Consulta subsequente 3 – Sem conceito de primeira vez
<b>Especialidade Médica</b>	Refere-se à especialidade médica da consulta externa prestada	Nominal	
<b>Tempo de espera entre o pedido e a marcação da consulta</b>	Tempo decorrido entre a data do pedido para a marcação da consulta e a data da marcação da consulta	Ordinal	1 - < 1 mês 2 – 1 a 3 meses 3 – 4 a 6 meses 4 – 7 a 12 meses 5 - 13 a 18 meses 6 - ≥ 18 meses
<b>Tempo de espera entre o pedido e a realização da consulta</b>	Tempo decorrido entre a data do pedido para a marcação da consulta e a data da realização da consulta	Ordinal	1 - < 1 mês 2 – 1 a 3 meses 3 – 4 a 6 meses 4 – 7 a 12 meses 5 - 13 a 18 meses 6 - ≥ 18 meses
<b>Tempo de espera entre a marcação e a realização da consulta</b>	Tempo decorrido entre a data da marcação da consulta e a data da realização da consulta	Ordinal	1 - < 1 mês 2 – 1 a 3 meses 3 – 4 a 6 meses 4 – 7 a 12 meses 5 - 13 a 18 meses 6 - ≥ 18 meses

As variáveis que apenas foram consideradas para o Serviço de Urgência são, nomeadamente:

Variável	Definição Operacional	Escala de medida e valor
<b>Tipologia da Urgência</b>	Tipologia do Serviço de Urgência	Nominal 1 – Urgência Central 2 – Urgência Central – S.U.B. Lisboa Norte 3–Urgência Ginecológica 4 – Urgência Obstétrica 5 – Urgência Pediátrica 6 – Urgência central SO
<b>Causa/ Diagnóstico</b>	Patologia diagnosticada	Nominal
<b>Prioridade da Triagem de Manchester</b>	Prioridade atribuída na triagem – cor atribuída	Nominal 1 – Amarelo 2 – Azul 3 – Branco 4 – Laranja 5 – Verde 6 – Vermelho 7 – Outras situações
<b>Mês de acesso</b>	Acesso ao Serviço de Urgência	Nominal
<b>Hora de acesso</b>	Acesso ao Serviço de Urgência – Hora de acesso ao longo de 24horas	Ordinal
<b>Destino após alta</b>	Local para onde é encaminhado o doente após receber alta médica	Nominal

## 4. Resultados

Os resultados obtidos referem-se à análise descritiva dos dados referentes à Consulta Externa e à Urgência, entre 2010 e 2013.

### 4.1. Análise descritiva dos dados da Consulta Externa

#### *Tipologia das Consultas*

Tabela 14. Evolução da Consulta Externa entre 2010-2013								
	2010	2011	2012	2013	$\Delta\%$ 11/10	$\Delta\%$ 12/11	$\Delta\%$ 13/12	$\Delta\%$ 13/10
Primeira Consulta	218555	226618	209649	223516	3,7%	-7,5%	6,6%	2,3%
Consulta Subsequente	681159	709195	702353	715237	4,1%	-1,0%	1,8%	5,0%
Sem conceito	24052	22867	27343	25035	-4,9%	19,6%	-8,4%	4,1%
Total	923766	958680	939345	963788	3,8%	-2,0%	2,6%	4,3%

De acordo com os dados obtidos (**Tabela 14**), a evolução do número total de consultas externas registou um aumento de 3,8%, entre 2010 e 2011, um decréscimo de 2%, entre 2011 e 2012, e novamente uma subida de 2,6%, entre 2012 e 2013.

O número de primeiras consultas aumentou 2,3%, entre 2010 e 2013, tal como o número de consultas subsequentes, onde se verifica uma subida de 5%, em 2013, face a 2010.

Cerca de 5% do número total de consultas externas, em cada ano, não contem informação respeitante à tipologia das consultas, tratando-se de uma limitação da base de dados analisada.



## *Especialidades Médicas*

Das Consultas Externas realizadas, foram consideradas as 10 especialidades que registaram maior número de consultas (**Tabela 15**). Dessas, as especialidades de Oftalmologia, Dermatologia I, Otorrinolaringologia I, Pneumologia II e Neurologia I registaram um número mais elevado de consultas externas.

Contudo, ao longo do período em análise, registou-se quase sempre um decréscimo do número de primeiras consultas para cada uma das especialidades. No que diz respeito à C.E. de Oftalmologia, verificou-se um decréscimo de 1,7% entre 2010 e 2011, menos 12,1%, entre 2011 e 2012, e menos 2,6% entre 2012 e 2013.

Para a C.E. de Dermatologia, observou-se um decréscimo de 1,8%, entre 2010 e 2011, no que concerne às primeiras consultas, e de -1,5%, entre 2011 e 2012, contrariando a subida de 1,7% entre 2012 e 2013. A especialidade de Otorrinolaringologia I foi uma das que registou maior quebra do número de consultas externas, em particular entre 2011 e 2012, período no qual se verificou uma descida de 15,9% do número de primeiras consultas.

Se observarmos a evolução entre 2010 e 2013, o número de primeiras consultas para a especialidade de Oftalmologia decresceu 15,9%, situação verificada para as especialidades de Endocrinologia (-15,5%), Pneumologia II (-11%), Hematologia (-5,9%), Dermatologia (-3,6%) e Otorrinolaringologia I (-20,4%).

Relativamente às consultas subsequentes, entre 2010 e 2013, o número de C.E. de Oftalmologia decresceu 9,8%, tal como para a especialidade de Endocrinologia (-11%), Pneumologia II (-6,7%), Dermatologia (-6,8%) e Otorrinolaringologia I (-16,9%). O número de consultas subsequentes para a especialidade de Hematologia aumentou 16,7%, entre 2010 e 2013.

Para a especialidade de Psiquiatria verifica-se um aumento de 16% no número de primeiras consultas, entre 2010 e 2013, e um aumento de 33% em consultas subsequentes, para o mesmo período. No que respeita ao H.D. Oncologia, observa-se uma quebra de 61,4% no número de primeiras consultas, entre 2010 e 2013.

<b>Tabela 15 - Distribuição da C.E. por Especialidade</b>	<b>Primeira Consulta</b>				<b>Consulta Subsequente</b>				<b>Δ% Primeira Consulta</b>				<b>Δ% Consultas Subsequentes</b>			
<b>Especialidade – TOP 10</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Δ% 11/10</b>	<b>Δ% 12/11</b>	<b>Δ% 13/12</b>	<b>Δ% 13/10</b>	<b>Δ% 11/10</b>	<b>Δ% 12/11</b>	<b>Δ% 13/12</b>	<b>Δ% 13/10</b>
<b>C.E. de Psiquiatria</b>	5953	6347	6460	6908	35565	42718	46159	47287	6,6%	1,8%	6,9%	16,0%	20,1%	8,1%	2,4%	33,0%
<b>C.E. de Pediatria</b>	9542	11549	8861	8458	32296	40504	44276	39572	21,0%	-23,3%	-4,5%	-11,4%	25,4%	9,3%	-10,6%	22,5%
<b>C.E. de Oftalmologia</b>	16957	16665	14641	14254	30610	27160	24385	27601	-1,7%	-12,1%	-2,6%	-15,9%	-11,3%	-10,2%	13,2%	-9,8%
<b>C.E. de Endocrinologia</b>	7249	6815	5747	6123	27441	25743	25628	24431	-6,0%	-15,7%	6,5%	-15,5%	-6,2%	-0,4%	-4,7%	-11,0%
<b>C.E. de Pneumologia I I</b>	7382	8719	8067	6573	25084	29963	28927	23412	18,1%	-7,5%	-18,5%	-11,0%	19,5%	-3,5%	-19,1%	-6,7%
<b>H.D. de Oncologia</b>	1209	1182	1202	467	7496	8900	10650	7353	-2,2%	1,7%	-61,1%	-61,4%	18,7%	19,7%	-31,0%	-1,9%
<b>H.D. de Hematologia</b>	926	930	916	871	21696	22096	23243	25320	0,4%	-1,5%	-4,9%	-5,9%	1,8%	5,2%	8,9%	16,7%
<b>C.E. de Dermatologia I</b>	13129	12891	12443	12655	13845	12768	11094	12907	-1,8%	-3,5%	1,7%	-3,6%	-7,8%	-13,1%	16,3%	-6,8%
<b>C.E. de Neurologia I</b>	7465	7403	6747	7536	19109	18539	17321	16382	-0,8%	-8,9%	11,7%	1,0%	-3,0%	-6,6%	-5,4%	-14,3%
<b>C.E. de Otorrinolaringologia I</b>	9201	8725	7336	7321	19813	17624	16371	16463	-5,2%	-15,9%	-0,2%	-20,4%	-11,0%	-7,1%	0,6%	-16,9%
<b>Outras</b>	139542	145392	137229	152350	448204	463180	454299	474509	4,2%	-5,6%	11,0%	9,2%	3,3%	-1,9%	4,4%	5,9%
<b>Total</b>	<b>218555</b>	<b>226618</b>	<b>209649</b>	<b>223516</b>	<b>681159</b>	<b>709195</b>	<b>702353</b>	<b>715237</b>	<b>3,7%</b>	<b>-7,5%</b>	<b>6,6%</b>	<b>2,3%</b>	<b>4,1%</b>	<b>-1,0%</b>	<b>1,8%</b>	<b>5,0%</b>

## Tempos de espera

Tabela 16. Distribuição da Consulta Externa por Tempo de Espera entre o Pedido e a Marcação da Consulta								
Tempo de Espera	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
< 1 Mês	46120	71,2%	58395	70,8%	45434	67,2%	44703	66,6%
1 a 3 Meses	9716	15,0%	12012	14,6%	9832	14,5%	9508	14,2%
4 a 6 Meses	6078	9,4%	7457	9,0%	6320	9,3%	6128	9,1%
7 a 12 Meses	2283	3,5%	3911	4,7%	5041	7,5%	4953	7,4%
13 a 18 Meses	322	0,5%	517	0,6%	770	1,1%	1283	1,9%
> 18 Meses	245	0,4%	168	0,2%	207	0,3%	545	0,8%
Total	64764	100%	82460	100%	67604	100%	67120	100%

A moda do tempo de espera entre o pedido e a marcação da consulta é menos de 1 mês, para os 4 anos em análise: 71,2% do total dos pedidos obtiveram marcação da consulta em menos de 1 mês, em 2010; 70,8%, em 2011; 67,2% e 66,6%, em 2012 e 2013, respectivamente (**Tabela 16**). Em 2010, verifica-se um tempo de espera entre o pedido e a marcação da consulta (**figura 20**) superior a 6 meses em 4,4% do total de consultas externas, valor que sobe para 5,6%, em 2011, 8,9%, em 2012, e 10,1%, em 2013.

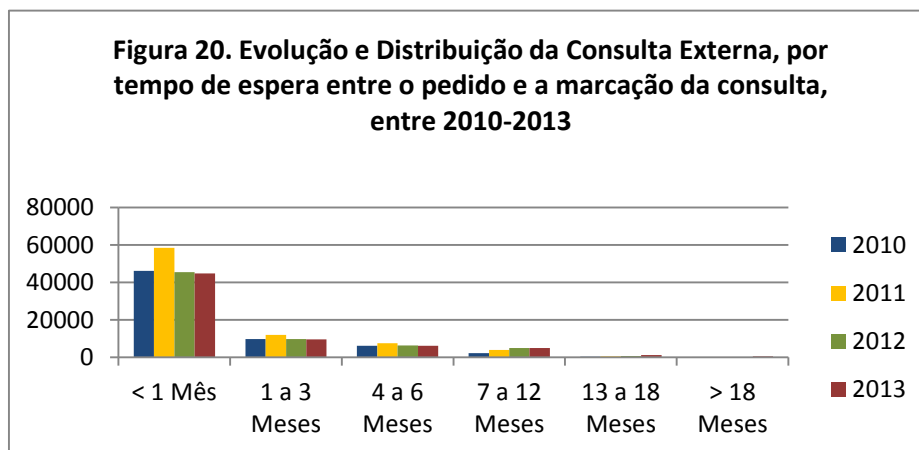


Tabela 17. Distribuição da Consulta Externa por Tempo de Espera entre o Pedido e a Realização da Consulta								
Tempo de Espera	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
< 1 Mês	12756	19,7%	11926	14,5%	11348	16,8%	13057	19,4%
1 a 3 Meses	22345	34,5%	28531	34,6%	19629	29,0%	19969	29,7%
4 a 6 Meses	18791	29,0%	23779	28,8%	16798	24,8%	14588	21,7%
7 a 12 Meses	9653	14,9%	15841	19,2%	16147	23,9%	15351	22,9%
13 a 18 Meses	927	1,4%	2085	2,5%	3124	4,6%	3131	4,7%
> 18 Meses	318	0,5%	341	0,4%	593	0,9%	1054	1,6%
Total	64790	100%	82503	100%	67639	100%	67150	100%

A moda do tempo de espera entre o pedido e a realização da consulta (**Tabela 17**) é de 1 a 3 meses, para os 4 anos em análise. Em 2010, observa-se que 19,7% do total de consultas externas se realizaram num prazo inferior a 1 mês, após o pedido para a marcação da consulta, e 34,5% num prazo de 1 a 3 meses.

Em 2011, verifica-se um tempo de espera inferior a 1 mês, entre o pedido e a realização de consultas, em 14,5% do total de consultas. O mesmo se verifica em 16,8% e 19,4% do total de consultas, em 2012 e 2013, respetivamente. Um tempo de espera de 1 a 3 meses ocorre em 34,6%, 29% e 29,7%, do total de consultas, em 2011, 2012 e 2013, respetivamente.

Um tempo de espera superior a 6 meses, entre o pedido e a realização da consulta (**figura 21**), observa-se em 16,8% do total de consultas externas, em 2010, 22,1%, em 2011, 29,4%% e 29,1%, em 2012 e 2013, respetivamente.

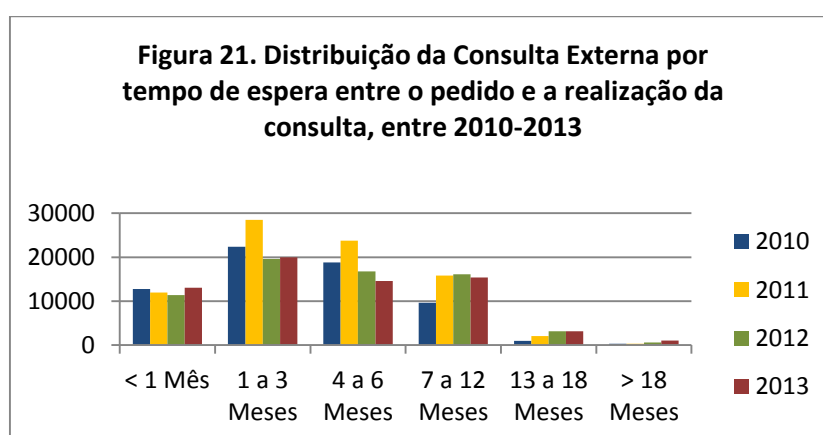
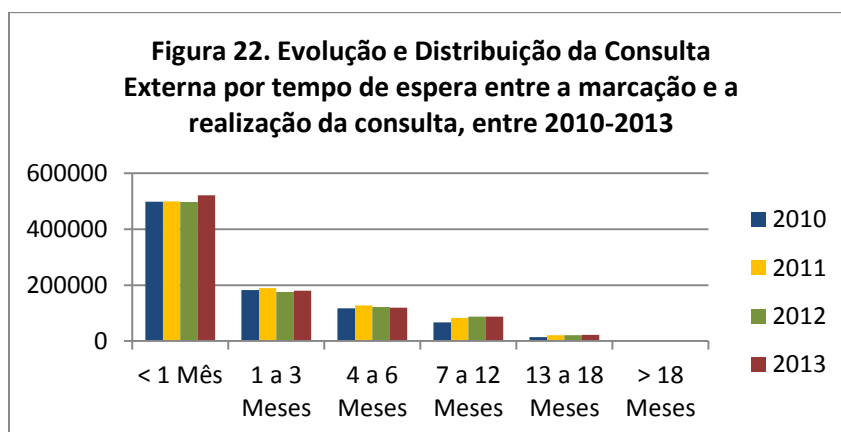




Tabela 18. Distribuição da Consulta Externa por Tempo de Espera entre a Marcação e a Realização da Consulta								
Tempo de Espera	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
< 1 Mês	498288	56,7%	499788	54,3%	497128	55,0%	521397	56,2 %
1 a 3 Meses	182829	20,8%	189629	20,6%	175569	19,4%	179475	19,3 %
4 a 6 Meses	117287	13,4%	126795	13,8%	121695	13,5%	118731	12,8 %
7 a 12 Meses	66226	7,5%	83163	9,0%	87704	9,7%	86687	9,3%
13 a 18 Meses	13501	1,5%	20259	2,2%	20264	2,2%	21656	2,3%
> 18 Meses	320	0,0%	339	0,0%	751	0,1%	425	0,0%
Total	878451	100%	919973	100%	903111	100%	928371	100%

Na distribuição da C.E., por tempo de espera entre a marcação e a realização da consulta (**Tabela 18**), a moda é inferior a 1 mês, entre 2010 e 2013. Em 2010, verifica-se que, em 56,7% do total de consultas, o tempo de espera entre a marcação e a realização da consulta foi inferior a 1 mês, o mesmo acontecendo a 54,3%, do total de consultas, em 2011, e a 55% e 56,2%, em 2012 e 2013, respetivamente.

Em 2010, do total de consultas externas (**figura 22**), 9,1% realizaram-se após mais de 6 meses da sua marcação, verificando-se um aumento desse valor nos anos seguintes: 11,3%, em 2011; 12% e 11,7%, em 2012 e 2013, respetivamente.



## Referenciação/Origem

Tabela 19 - Distribuição da C.E. por Referenciação/ Origem da Consulta								
	2010	2011	2012	2013	Δ% 11/10	Δ% 12/11	Δ% 13/12	Δ% 13/10
Sem origem em pedido	860208	876707	871706	896637	1,9%	-0,6%	2,9%	4,2%
Pedidos Internos no Hospital	13682	16811	14165	14270	22,9%	-15,7%	0,7%	4,3%
Pedidos via telefone	6750	6897	5481	5985	2,2%	-20,5%	9,2%	-11,3%
CS Odivelas - Olaio	1703	1817	771	145	6,7%	-57,6%	-81,2%	-91,5%
CS Lumiar	1519	1520	1611	1572	0,1%	6,0%	-2,4%	3,5%
CS Odivelas - Odivelas A	1517	1592	700	129	4,9%	-56,0%	-81,6%	-91,5%
CS Loures	1453	1204	373	29	-17,1%	-69,0%	-92,2%	-98,0%
CS Lumiar - Charneca	1128	1589	1463	1538	40,9%	-7,9%	5,1%	36,3%
CS Pontinha	1127	1503	546	114	33,4%	-63,7%	-79,1%	-89,9%
CS Alvalade	1066	940	1093	1184	-11,8%	16,3%	8,3%	11,1%
CS Benfica	992	1180	1406	1350	19,0%	19,2%	-4,0%	36,1%
CS Loures - Magnólia	881	1258	575	100	42,8%	-54,3%	-82,6%	-88,6%
CS Odivelas - Povoia	701	750	288	89	7,0%	-61,6%	-69,1%	-87,3%
USF Parque	638	955	1008	1270	49,7%	5,5%	26,0%	99,1%
CS Odivelas	587	401	48	3	-31,7%	-88,0%	-93,8%	-99,5%
CS Pontinha - Famões	511	418	128	18	-18,2%	-69,4%	-85,9%	-96,5%
CS Benfica - Rodrigues Migueis	509	710	925	1007	39,5%	30,3%	8,9%	97,8%
CS Odivelas - Quintinha	469	546	204	26	16,4%	-62,6%	-87,3%	-94,5%
CS Benfica - Carnide	450	555	600	733	23,3%	8,1%	22,2%	62,9%
CS Lumiar - Musgueira	416	503	611	636	20,9%	21,5%	4,1%	52,9%
OUTROS	27443	40824	35643	36953	48,8%	-12,7%	3,7%	34,7%
<b>Total</b>	<b>923750</b>	<b>958680</b>	<b>939345</b>	<b>963788</b>	<b>3,8%</b>	<b>-2,0%</b>	<b>2,6%</b>	<b>4,3%</b>

Em 2010, do total de C.E. (**Tabela 19**), cerca de 93,1% não tem indicação referente à referenciação/origem do pedido para a marcação da consulta. Em 2011, esse valor decresce para 91,4%, contrariando a subida, nos anos consecutivos, para os 92,8% e 93%, em 2012 e 2013, respetivamente. Os pedidos internos representam cerca de 1,5% do total, em 2010, 2012 e 2013, e 1,8% em 2011.

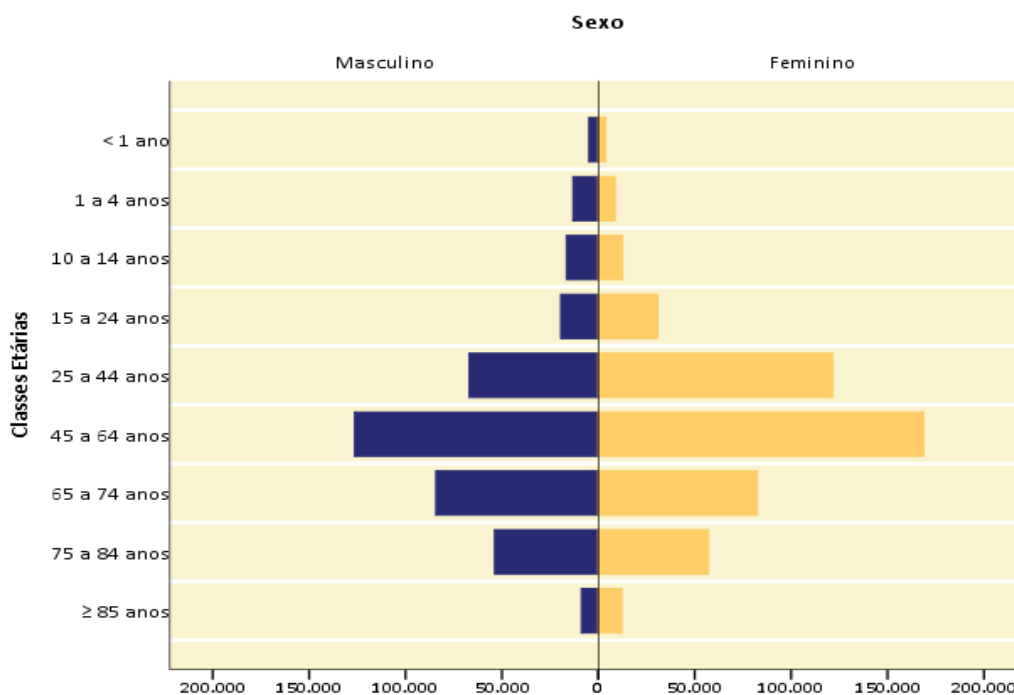
Ainda relativamente aos dados disponíveis, entre 2010 e 2013, observa-se um decréscimo de 99,5% do número de referenciações provenientes do CS de Odivelas. No que concerne ao CS Odivelas – Olaio, este é responsável pela referenciação de 1703 consultas externas, em 2010, valor que decresce para 145 consultas, no ano de 2013 (-91,5%).

O CS Loures, por sua vez, foi responsável pela referenciação de 1453 de doentes para a C.E., em 2010, verificando-se, em 2013, apenas 29 referenciações provenientes deste CS (-98%).

O CS Lumiar – Charneca registou um aumento do número de referenciações, entre 2010 e 2011, em 40,9%, contrariando o decréscimo verificado, entre 2011 e 2012, de 7,9%.

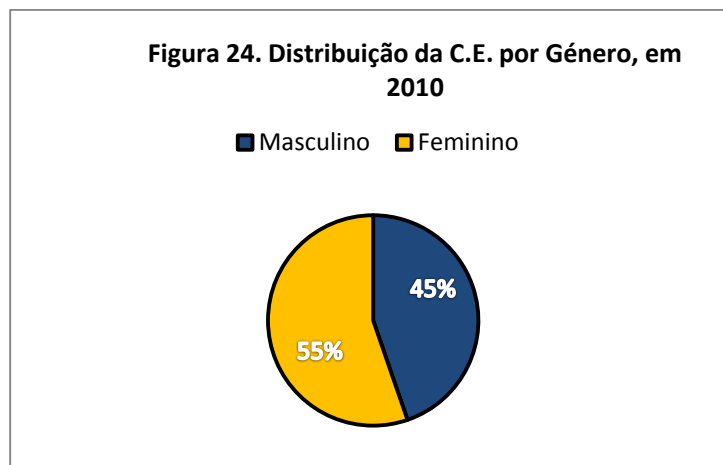
As referenciações para as quais se verifica um aumento consecutivo, entre 2010 e 2013, dizem respeito à USF Parque (+99,1%), ao CS Benfica – Rodrigues Migueis (+97,8%), ao CS Benfica – Carnide (+62,9%) e ao CS Lumiar – Musgueira (+52,9%).

### Género

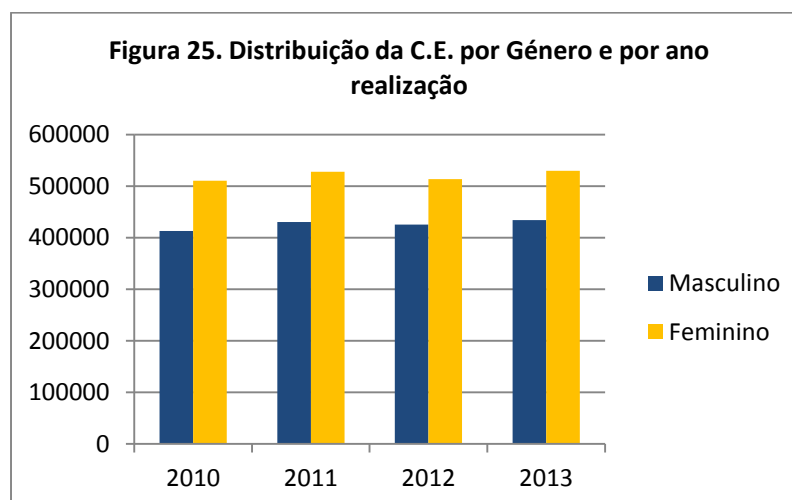


**Figura 23. Consulta externa por Género e por Classe Etária, em 2010**

Regista-se, em todos os períodos em análise, a predominância do sexo feminino, sendo a classe etária dos 45 aos 64 anos dominante em ambos os sexos, entre 2010 e 2013 (**figuras 23 e 24**).



À semelhança do que se verificou em 2010, também em 2011, 2012 e 2013 (**figura 25**) a percentagem de utentes do sexo feminino ronda os 55% e a do sexo masculino os 45%.



## Nacionalidade

Tabela 20. Distribuição da Consulta Externa por Nacionalidade								
Nacionalidade – TOP 7	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
Portugal	342145	90,2%	387156	89,6%	374406	88,8%	421864	87,7%
Angola	8486	2,2%	10090	2,3%	10178	2,4%	12321	2,6%
Cabo Verde	7822	2,1%	9364	2,2%	10985	2,6%	14628	3,0%
Guiné-Bissau	4112	1,1%	4617	1,1%	4940	1,2%	6680	1,4%
Moçambique	3821	1,0%	4574	1,1%	4783	1,1%	5567	1,2%
São Tomé e Príncipe	3121	0,8%	4147	1,0%	4370	1,0%	5472	1,1%
Brasil	3039	0,8%	4105	0,9%	3797	0,9%	4149	0,9%
Outras	6935	1,8%	8250	1,9%	8103	1,9%	10226	2,1%
Total	379481	100%	432303	100%	421562	100%	480907	100%

Do total de dados validados (cerca de 40%), verificou-se que cerca de 90% dos cidadãos são de nacionalidade Portuguesa, ao longo dos quatro anos em análise (**Tabela 20**). Observa-se, também, a predominância de nacionalidades provenientes dos PALOP, com destaque para as nacionalidades Angolana, Cabo Verdiana, Guineense, Moçambicana e Santomense que representam 7,2%, 7,6%, 8,4% e 9,3% em 2010, 2011, 2012 e 2013, respetivamente.

## Estado Civil

Tabela 21. Distribuição da Consulta Externa por Estado Civil				
Estado Civil	2010	2011	2012	2013
Casado	50,3%	49,6%	48,8%	48,5%
Solteiro	27,9%	29,5%	30,7%	30,4%
Divorciado	5,0%	5,1%	5,1%	5,0%
Judicialmente separado	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
União de facto	0,6%	0,7%	0,7%	1,1%
Viúvo	5,6%	5,5%	5,3%	5,1%
Desconhecido	10,5%	9,5%	9,4%	9,8%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

A moda do Estado Civil é Casado, com 50,3% dos casos em 2010, 49,6% em 2011, 48,8% e 48,5%, em 2012 e 2013, respetivamente (**Tabela 21**). Por outro lado, constata-se que 27,9% dos utentes são solteiros, em 2010, e 29,5%, 30,7% e 30,4% em 2011, 2012 e 2013, respetivamente.

### *Distrito de residência*

Tabela 22. Distribuição da Consulta Externa por Distrito de Residência – TOP 10					Valor Percentual				
Distrito – TOP 10	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	Δ% 13/10
Lisboa	750352	776734	760827	779915	83,6%	83,2%	82,3%	81,9%	3,9%
Setúbal	62643	65148	65177	64890	7,0%	7,0%	7,0%	6,8%	3,6%
Santarém	42356	44482	43752	44225	4,7%	4,8%	4,7%	4,6%	4,4%
Leiria	25534	27820	31980	38951	2,8%	3,0%	3,5%	4,1%	52,5%
Portalegre	5715	5714	5125	4790	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%	-16,2%
Évora	1857	2286	3449	4274	0,2%	0,2%	0,4%	0,4%	130,2%
Faro	1841	2878	4369	5799	0,2%	0,3%	0,5%	0,6%	215,0%
Beja	1571	2003	2911	2995	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	90,6%
Viseu	1140	1077	1165	1039	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	-8,9%
Castelo Branco	858	1201	1730	1674	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	95,1%
Outros	3624	3683	4240	4032	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	11,3%
Total	897491	933026	924725	952584	100%	100%	100%	100%	6,1%

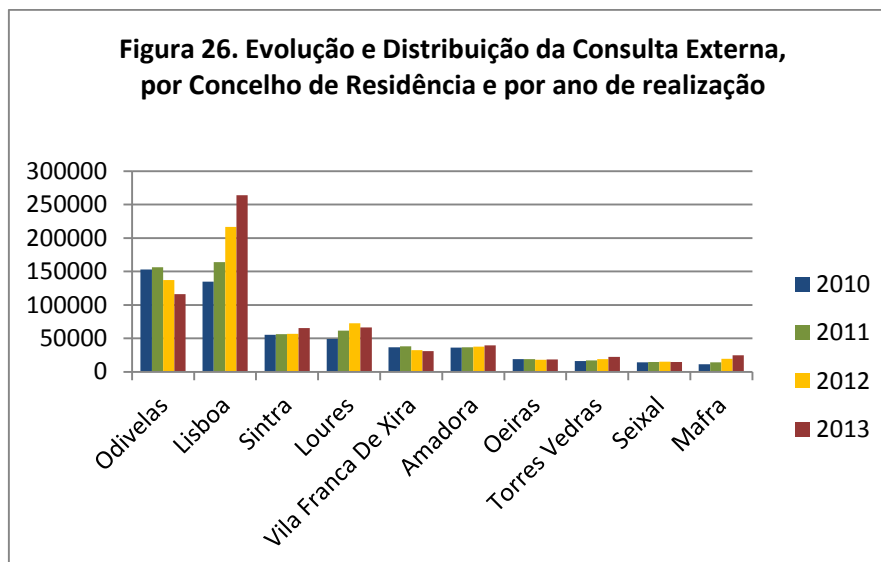
Na distribuição territorial (**Tabela 22**), observa-se que o distrito de maior proveniência dos doentes é o distrito de Lisboa – 83,6% em 2010, 83,2% em 2012, 82,3% e 81,9% em 2012 e 2013, respetivamente. Note-se que, entre 2010 e 2013, se verificou um aumento de 3,9% do número de consultas em utentes residentes no distrito de Lisboa. Uma percentagem pouco significativa deriva dos distritos de Setúbal, Santarém e Leiria, valores que rondam, em média, os 7%, 5% e 3%, respetivamente, ao longo do período em análise.

### Concelho de residência

Tabela 23. Distribuição da Consulta Externa por Concelho de Residência – TOP 10					Valor Percentual				
Concelho – TOP 10	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	Δ% 13/10
Odivelas	153075	156521	137388	116082	24,4%	22,3%	17,5%	13,8%	-24,2%
Lisboa	134970	163754	216726	263968	21,5%	23,3%	27,6%	31,5%	95,6%
Sintra	55156	56484	56684	65326	8,8%	8,0%	7,2%	7,8%	18,4%
Loures	49208	61588	72756	66446	7,8%	8,8%	9,3%	7,9%	35,0%
Vila Franca De Xira	36916	38034	32251	31014	5,9%	5,4%	4,1%	3,7%	-16,0%
Amadora	36366	36542	37592	39669	5,8%	5,2%	4,8%	4,7%	9,1%
Oeiras	18905	18889	18044	18720	3,0%	2,7%	2,3%	2,2%	-1,0%
Torres Vedras	15994	17011	18857	22223	2,5%	2,4%	2,4%	2,6%	38,9%
Seixal	14077	14868	15309	14654	2,2%	2,1%	2,0%	1,7%	4,1%
Mafra	11228	13983	19481	24734	1,8%	2,0%	2,5%	2,9%	120,3%
Outros	102156	124972	159108	176134	16,3%	17,8%	20,3%	21,0%	72,4%
<b>Total</b>	<b>628051</b>	<b>702646</b>	<b>784196</b>	<b>838970</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>33,6%</b>

Analisando a distribuição da C.E. por concelho de residência (**Tabela 23**), verifica-se que, em 2010, a moda é o concelho de Odivelas. No entanto, nos anos seguintes, a moda é o concelho de Lisboa. Assim, verifica-se uma redução do número de consultas externas em utentes provenientes do concelho de Odivelas, de 24,2%, entre 2010 e 2013, com especial destaque para a variação percentual entre 2012 e 2013 (-15,5%).

O concelho de Loures, representando um valor médio, para o período em análise, de 9% das consultas externas em utentes oriundos deste concelho, registou uma subida de +35%, entre 2010 e 2013 (**figura 26**). No entanto, entre 2012 e 2013, observou-se uma quebra de 8,7% do número de consultas em utentes provenientes deste concelho.



### Freguesia de residência

Tabela 24. Distribuição da Consulta Externa por Freguesia de Residência – TOP 10					Valor Percentual				
Freguesia – TOP 10	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	Δ% 13/10
Odivelas	31412	37095	39370	35325	7,3%	7,1%	6,1%	5,0%	12,5%
Lumiar	24867	30236	37040	42950	5,8%	5,8%	5,8%	6,1%	72,7%
Benfica	22037	25568	34185	42480	5,1%	4,9%	5,3%	6,0%	92,8%
Pontinha	14336	17767	18885	17425	3,3%	3,4%	2,9%	2,5%	21,5%
Loures	11326	14333	14516	11967	2,6%	2,8%	2,3%	1,7%	5,7%
Carnide	10727	12322	14631	18478	2,5%	2,4%	2,3%	2,6%	72,3%
Santo António De Cavaleiros	10364	13132	14261	11830	2,4%	2,5%	2,2%	1,7%	14,1%
Ameixoeira	8042	9728	11657	13774	1,9%	1,9%	1,8%	2,0%	71,3%
Ramada	7679	9104	9723	8931	1,8%	1,7%	1,5%	1,3%	16,3%
São Domingos De Benfica	6986	9000	13741	18329	1,6%	1,7%	2,1%	2,6%	162,4%
Outras	28024 9	34218 1	43491 6	48203 2	65,5 %	65,7 %	67,6 %	68,5 %	72,0%
Total	42802 5	52046 6	64292 5	70352 1	100%	100%	100%	100%	50,2%

Do total de consultas externas realizadas, cerca de 50% não contém informação relativa à freguesia de residência do utente (**Tabela 24**). Dos dados disponíveis, e segundo a distribuição da consulta externa, de acordo com a freguesia de residência dos utentes, a moda é Odivelas para todos os anos (7,3%, 7,1% e 6,1%, em 2010, 2011 e 2012, respetivamente), à exceção de 2013, em que a moda é a freguesia do Lumiar (6,1%).



Analisando a variação do número de consultas externas por freguesia de residência, entre 2010 e 2013, para todas as freguesias consideradas, verifica-se um aumento do número de consultas naquelas que dizem respeito à área de influência do CHLN, salientando as freguesias de Benfica (+92,8%), Carnide (+72,3%), Lumiar (+72,7%) e Ameixoeira (+71,3%).

A freguesia de São Domingos de Benfica, apesar de não pertencer à área de influência para a 1ª linha de prestação de cuidados do CHLN, registou um aumento de 162,4% no número de consultas em utentes provenientes desta freguesia, analisando a variação entre os anos de 2010 e 2013.

#### **Entidade Financiadora Responsável**

<b>Tabela 25. Distribuição da Consulta Externa por Entidade Financiadora Responsável</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Δ% 11/10</b>	<b>Δ% 12/11</b>	<b>Δ% 13/12</b>	<b>Δ% 13/10</b>
<b>ADSE</b>	<b>99283</b>	<b>105331</b>	<b>102015</b>	<b>100841</b>	<b>6,1%</b>	<b>-3,1%</b>	<b>-1,2%</b>	<b>1,6%</b>
<b>Militares e Forças de Segurança</b>	<b>12647</b>	<b>12584</b>	<b>12983</b>	<b>12535</b>	<b>-0,5%</b>	<b>3,2%</b>	<b>-3,5%</b>	<b>-0,9%</b>
<b>S.N.S.</b>	<b>786872</b>	<b>816656</b>	<b>803848</b>	<b>830139</b>	<b>3,8%</b>	<b>-1,6%</b>	<b>3,3%</b>	<b>5,5%</b>
<b>Cidadãos evacuados dos PALOP</b>	<b>8705</b>	<b>8793</b>	<b>9632</b>	<b>10629</b>	<b>1,0%</b>	<b>9,5%</b>	<b>10,4%</b>	<b>22,1%</b>
<b>Outros</b>	<b>15857</b>	<b>15015</b>	<b>10510</b>	<b>9050</b>	<b>-5,3%</b>	<b>-30,0%</b>	<b>-13,9%</b>	<b>-42,9%</b>
<b>Total</b>	<b>923364</b>	<b>958379</b>	<b>938988</b>	<b>963194</b>	<b>3,8%</b>	<b>-2,0%</b>	<b>2,6%</b>	<b>4,3%</b>

Em 2010, com a integração dos subsistemas de saúde – ADSE, SAD, GNR/PSP e ADM das Forças Armadas – o SNS passou a ser financeiramente responsável por 97,3% da prestação de cuidados, em 2010, 97,5%, em 2011, 97,9% e 98%, em 2012 e 2013, respetivamente (**Tabela 25**). Os beneficiários da ADSE, SAD, GNR/PSP e ADM das Forças Armadas representam, durante os 4 anos em análise, cerca de 12% do total.

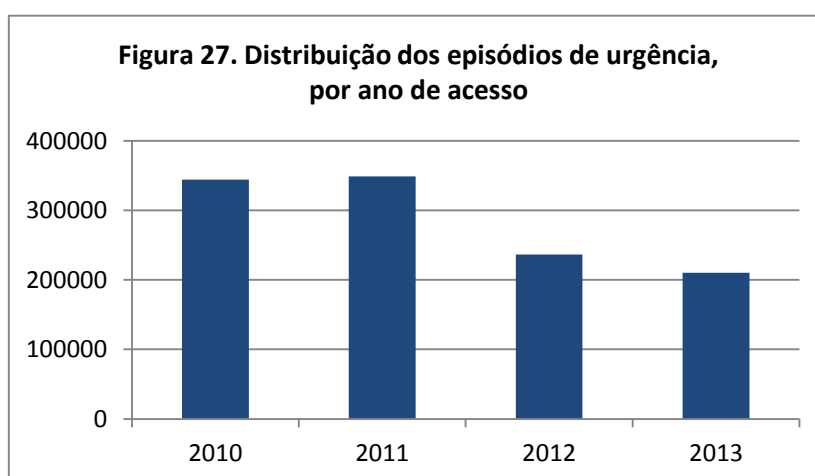
Na distribuição de C.E. por beneficiários da ADSE verifica-se um aumento de 6,1%, entre 2010 e 2011, contrariando o decréscimo entre 2011-2012 e 2012-2013, com menos 3,1% e menos 1,2%, respetivamente. Por outro lado, observa-se um aumento significativo de cidadãos evacuados dos PALOP: +1% entre 2010 e 2011, +9,5% entre 2011 e 2012, +10,4% entre 2012 e 2013 (+22,1%, entre 2010 e 2013).

## 4.2. Análise descritiva dos dados do Serviço de Urgência

### Atendimento na Urgência

Tabela 26. Distribuição e Evolução do número de atendimentos no Serviço de Urgência, entre 2010-2013								
Ano de Acesso	Nº Atendimentos na Urgência	%	Δ% 11/10	Δ% 12/11	Δ% 13/12	Δ% 13/10		
2010	344176	30,2%	1,3%			-38,9%		
2011	348736	30,6%						
2012	236689	20,8%	-32,1%		-11,1%			
2013	210452	18,5%						
Total	1140053	100,0%						

2010 e 2011 foram os anos que registaram maior número de atendimentos de urgência, 344176 (30,2% do total) e 348736 (30,6% do total), respetivamente, contrariando o decréscimo verificado nos anos seguintes: -32,1% de atendimentos de urgência em 2012, face a 2011, e -11,1% em 2013, face a 2012. No global, entre 2010 e 2013, o número de atendimentos de urgência sofreu uma redução de 38,9% (**Tabela 26**).



<b>Tabela 27.</b> Distribuição dos episódios de Urgência por Tipo de Urgência	<b>Ano de Acesso</b>				<b>Total</b>	<b>Δ%</b>	<b>Δ%</b>	<b>Δ%</b>	<b>Δ%</b>
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>		<b>11/10</b>	<b>12/11</b>	<b>13/12</b>	<b>13/10</b>
<b>Urgência Central</b>	193395	188987	162676	155576	700634	-2,3%	-13,9%	-4,4%	-19,6%
<b>Urgência Central - S.U.B. Lisboa Norte</b>	83295	95133	16499	0	194927	14,2%	-82,7%	-100%	-100%
<b>Urgência Ginecológica</b>	5458	5734	4649	4682	20523	5,1%	-18,9%	0,7%	-14,2%
<b>Urgência Obstétrica</b>	12813	11750	10426	10207	45196	-8,3%	-11,3%	-2,1%	-20,3%
<b>Urgência Pediátrica</b>	49215	47131	42439	39986	178771	-4,2%	-10,0%	-5,8%	-18,8%
<b>Urgência Central SO</b>	0	0	0	1	1	0	0	0	-
<b>Total</b>	<b>344176</b>	<b>348735</b>	<b>236689</b>	<b>210452</b>	<b>1140052</b>	<b>1,3%</b>	<b>-32,1%</b>	<b>-11,1%</b>	<b>-39,8%</b>

A moda do tipo de urgência é, em cada um dos anos em análise, a Urgência Central, representando 56,2% do total, em 2010, 54,2% em 2011, 68,7% e 73,9%, em 2012 e 2013, respetivamente (**Tabela 27**). No entanto, observa-se uma redução do número de atendimentos na Urgência Central ao longo do período em estudo: -2,3% em 2011, face a 2010; -13,9% em 2012, face a 2011; -4,4% em 2013, face a 2012. Desta forma, entre 2010 e 2013, verifica-se uma diminuição do número de atendimentos na Urgência Central de 19,6%.

Em 2013, não se verificou nenhum atendimento na Urgência Central – SUB. Lisboa Norte.

## Referenciação/Origem

Tabela 28. Distribuição dos episódios de Urgência por Referenciação/Origem	Ano de Acesso				Variação Percentual			
	2010	2011	2012	2013	$\Delta\%$ 11/10	$\Delta\%$ 12/11	$\Delta\%$ 13/12	$\Delta\%$ 13/10
Exterior	318715	324829	211206	186452	1,9%	-35,0%	-11,7%	-41,5%
Centro Saúde Mafra	2105	1766	3049	2604	-16,1%	72,7%	-14,6%	23,7%
Centro Hospitalar Caldas da Rainha	1623	1593	2168	2424	-1,8%	36,1%	11,8%	49,4%
Hospital Distrital Santarém	1497	1442	1450	547	-3,7%	0,6%	-62,3%	-63,5%
CS Benfica	1139	1068	1118	1132	-6,2%	4,7%	1,3%	-0,6%
CS Lumiar	1122	1222	989	972	8,9%	-19,1%	-1,7%	-13,4%
Hospital Fernando Fonseca	975	1067	1051	1144	9,4%	-1,5%	8,8%	17,3%
Hospital Distrital Torres Vedras	834	866	1304	1207	3,8%	50,6%	-7,4%	44,7%
CS Odivelas	2359	1286	289	140	-45,5%	-77,5%	-51,6%	-94,1%
Outros	13766	13561	14044	13808	-1,5%	3,6%	-1,7%	0,3%
<b>Total</b>	<b>344135</b>	<b>348700</b>	<b>236668</b>	<b>210430</b>	<b>1,3%</b>	<b>-32,1%</b>	<b>-11,1%</b>	<b>-38,9%</b>

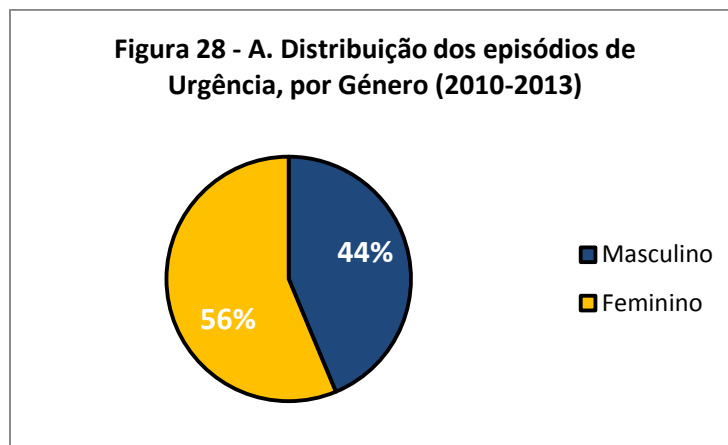
Numa análise dos episódios de urgência, segundo a referenciação de cuidados, a moda é "Exterior", para qualquer um dos anos em análise: 92,6% do total, em 2010; 93,2%, em 2011; 89,2% e 88,6%, em 2012 e 2013, respetivamente (**Tabela 28**). O Centro de Saúde de Mafra referenciou, em 2011, menos 16,1% de episódios de urgência para o CHLN, face a 2010, contrariando o aumento de 72,7% verificado entre 2011 e 2012.

O número de referenciações provenientes do Hospital Distrital de Santarém registou um decréscimo, entre 2010 e 2013, de 63,5%, situação semelhante para o CS Odivelas onde se observa uma quebra de 94,1% no número de referenciações originárias deste CS, entre 2010 e 2013.

Não obstante, entre 2010 e 2013, verifica-se, para o Hospital das Caldas da Rainha e para o Hospital Distrital de Torres Vedras, um aumento do número de referenciações de episódios de urgência de +49,4% e +44,7%, respetivamente.

## Género

Considerando o total de episódios de urgência, entre 2010 e 2013, verifica-se a predominância do sexo feminino (56,3%) face ao masculino (43,7%) (**figura 28-A**).



Analisando a distribuição dos episódios de urgência por sexo, a par da redução do número de atendimentos, observa-se que o sexo feminino é superior para qualquer um dos anos: 56,2% em 2010; 56,4% em 2011; 56% e 56,5%, em 2012 e 2013, respetivamente (**figura 28-B**).

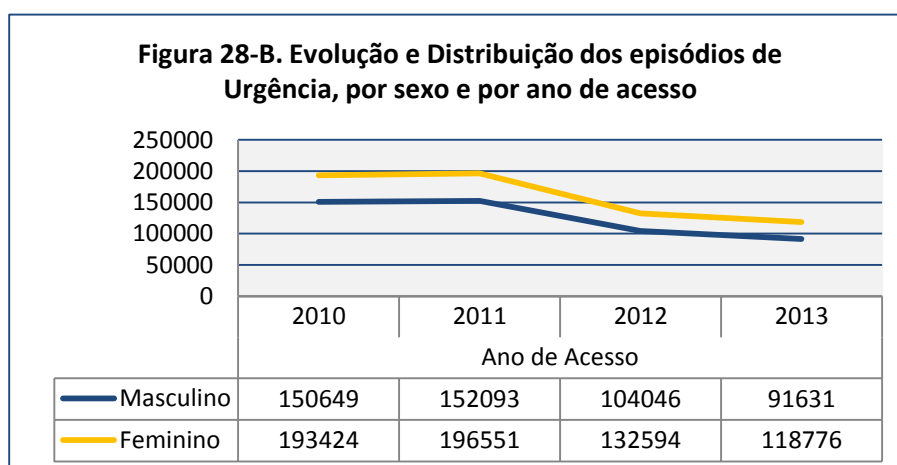
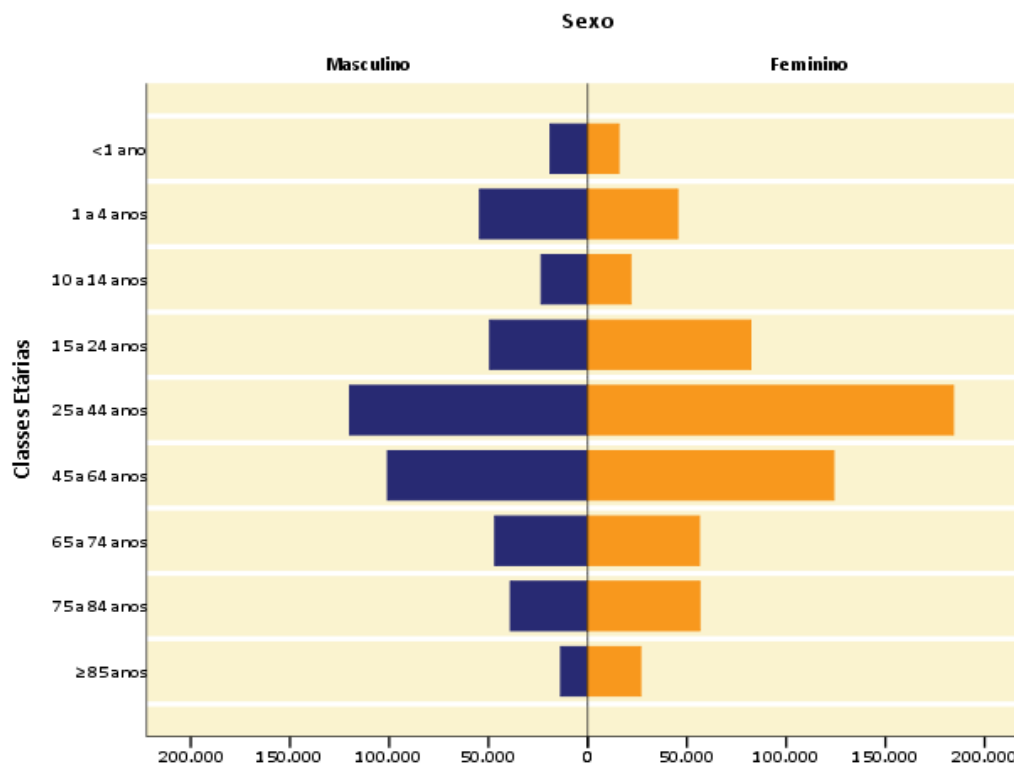


Tabela 29. Distribuição dos Episódios de Urgência, por sexo e por classe etária			
Classes Etárias	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
< 1 ano	18767	15536	34303
1 a 4 anos	54307	45260	99567
5 a 9 anos	33021	29605	62626
10 a 14 anos	23401	21580	44981
15 a 24 anos	49242	82086	131328
25 a 44 anos	119878	184163	304041
45 a 64 anos	100719	123917	224636
65 a 74 anos	46725	56163	102888
75 a 84 anos	38855	56398	95253
≥ 85 anos	13504	26636	40140
<b>Total</b>	<b>498419</b>	<b>641344</b>	<b>1139763</b>

O sexo masculino foi superior ao feminino até aos 14 anos de idade, considerando o total dos episódios de urgência, para o período em análise (**Tabela 29 e figura 29**). Na distribuição dos episódios de urgência por grupos etários, a moda é o grupo etário dos 25 aos 44 anos (26,7% do total).



**Figura 29. Distribuição dos episódios de urgência por Género e por Classe Etária, entre 2010 e 2013**

### Nacionalidade

Tabela 30. Distribuição dos Episódios de Urgência por Nacionalidade – TOP 7					Valor Percentual			
Nacionalidade – TOP 7	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Portugal	79128	80583	53051	51620	91,8%	91,2%	89,9%	87,5%
Angola	1393	1430	1213	1346	1,6%	1,6%	2,1%	2,3%
Cabo Verde	950	1121	1040	1324	1,1%	1,3%	1,8%	2,2%
Guiné-Bissau	811	923	709	860	0,9%	1,0%	1,2%	1,5%
Brasil	813	826	564	632	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%
São Tomé e Príncipe	542	712	628	821	0,6%	0,8%	1,1%	1,4%
Moçambique	590	669	438	498	0,7%	0,8%	0,7%	0,8%
Outras	2001	2141	1381	1866	2,3%	2,4%	2,3%	3,2%
<b>Total</b>	<b>86228</b>	<b>88405</b>	<b>59024</b>	<b>58967</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Do total de dados obtidos, apenas cerca de 30% de dados contêm informação disponível para esta variável (**Tabela 30**). Desses 30%, e segundo a distribuição dos episódios de urgência, de acordo com a nacionalidade dos doentes, a moda é a nacionalidade Portuguesa: 91,8% dos cidadãos são de nacionalidade Portuguesa, em 2010; 91,2%, em 2011; 89,9% e 87,5%, em 2012 e 2013, respetivamente.

Por outro lado, destacam-se as nacionalidades dos PALOP, nomeadamente as nacionalidades Angolana, Cabo Verdiana, Guineense, Moçambicana e Santomense, que representam 5%, 5,5%, 6,8% e 8,2% do total de episódios considerado, em 2010, 2011, 2012 e 2013, respetivamente.

### **Estado Civil**

<b>Tabela 31. Distribuição dos episódios de Urgência por Estado Civil</b>				
<b>Estado Civil</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Casado</b>	31,0%	29,9%	28,5%	27,7%
<b>Solteiro</b>	46,9%	45,3%	44,0%	44,4%
<b>Divorciado</b>	3,3%	3,2%	3,1%	3,1%
<b>Judicialmente separado</b>	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>União de facto</b>	0,7%	0,7%	0,7%	0,8%
<b>Viúvo</b>	3,8%	3,8%	4,1%	3,9%
<b>Desconhecido</b>	14,2%	17,1%	19,5%	20,1%
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%

A moda do Estado Civil é Solteiro, para qualquer um dos anos em análise, sendo constatável em 46,9% dos atendimentos ocorridos em 2010, em 45,3%, das ocorrências em 2011, em 44% e 44,4%, nos anos de 2012 e 2013, respetivamente (**Tabela 31**). Não obstante, constata-se que 31% dos utentes são Casados, em 2010, 29,9%, em 2011, 28,5% e 27,7%, em 2012 e 2013, respetivamente.

### *Distrito de residência*

Tabela 32. Distribuição dos Episódios de Urgência por Distrito de Residência – TOP 10					Valor Percentual				
Distrito – TOP 10	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	Δ% 13/10
Lisboa	302541	305380	206289	185080	94,2%	94,0%	90,5%	89,4%	-38,8%
Setúbal	8273	8388	8492	8681	2,6%	2,6%	3,7%	4,2%	4,9%
Santarém	4897	4716	4868	4213	1,5%	1,5%	2,1%	2,0%	-14,0%
Leiria	3112	3420	4475	5023	1,0%	1,1%	2,0%	2,4%	61,4%
Porto	451	413	375	502	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	11,3%
Portalegre	437	408	401	348	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	-20,4%
Faro	126	269	496	595	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	372,2%
Viseu	238	276	221	216	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	-9,2%
Évora	84	196	332	337	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	301,2%
Beja	84	143	305	388	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	361,9%
Outros	915	1239	1597	1747	0,3%	0,4%	0,7%	0,8%	90,9%
<b>Total</b>	<b>321158</b>	<b>324848</b>	<b>227851</b>	<b>207130</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>-35,5%</b>

Na distribuição territorial, observa-se que o distrito de maior proveniência dos doentes é o distrito de Lisboa – 94,2% em 2010, 94% em 2011, 90,5% e 89,4% em 2012 e 2013, respetivamente (**Tabela 32**). Entre 2010 e 2013, verifica-se a redução de 38,8% no número de atendimentos, em utentes residentes no distrito de Lisboa.

Uma percentagem pouco expressiva do número de atendimentos é oriunda dos distritos de Setúbal, Santarém e Leiria.

### *Concelho de residência*

Tabela 33. Distribuição dos Episódios de Urgência por Concelho de residência – TOP 10									Valor Percentual
Concelho – TOP 10	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	Δ% 13/10
Lisboa	49683	61263	91307	104912	24,1%	25,8%	44,0%	52,2%	111,2%
Odivelas	88754	94480	37907	21437	43,0%	39,8%	18,3%	10,7%	-75,8%
Loures	23587	32185	19607	12458	11,4%	13,6%	9,4%	6,2%	-47,2%
Sintra	10367	10122	9224	9747	5,0%	4,3%	4,4%	4,8%	-6,0%
Amadora	8330	8118	7935	8685	4,0%	3,4%	3,8%	4,3%	4,3%
Mafra	2259	3289	6698	7507	1,1%	1,4%	3,2%	3,7%	232,3%
Vila Franca De Xira	5386	5424	3934	3611	2,6%	2,3%	1,9%	1,8%	-33,0%
Oeiras	3486	3340	3353	3476	1,7%	1,4%	1,6%	1,7%	-0,3%
Seixal	2196	2378	2377	2288	1,1%	1,0%	1,1%	1,1%	4,2%
Torres Vedras	1379	1367	2025	2372	0,7%	0,6%	1,0%	1,2%	72,0%
Outros	11116	15138	23322	24679	5,4%	6,4%	11,2%	12,3%	122,0%
<b>Total</b>	<b>206543</b>	<b>237104</b>	<b>207689</b>	<b>201172</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>-2,6%</b>



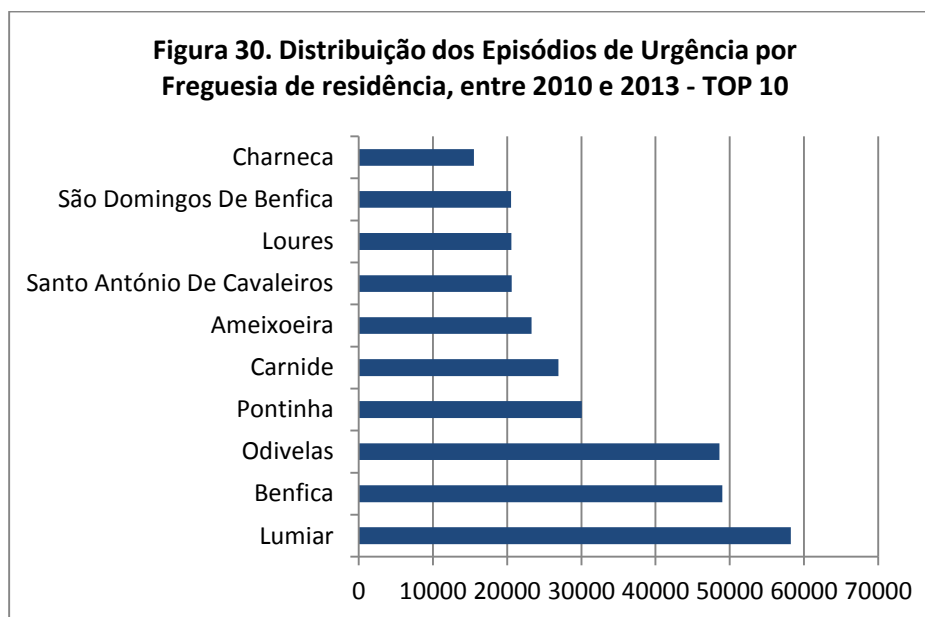
Analisando a distribuição dos episódios de urgência, por concelho de residência, verifica-se que a moda é o concelho de Odivelas, em 2010 e 2011 (43% e 39,8%, respetivamente). Em 2012 e 2013, a moda é o concelho de Lisboa, representando, respetivamente, 44% e 52,2% do total (**Tabela 33**).

Entre 2010 e 2013, a variação do número de episódios em utentes provenientes do concelho de Odivelas foi de -75,8%, destacando-se a variação percentual entre 2011 e 2012 (-59,9%).

Os concelhos de Lisboa e Mafra são os concelhos que, entre 2010 e 2013, registam a maior variação percentual positiva, ou seja, para o concelho de Lisboa, o número de atendimentos de urgência, em utentes provenientes deste concelho, mais do que duplicou (+111,2%), enquanto para o concelho de Mafra, em 2013, o número de atendimentos, em utentes provenientes deste concelho, foi três vezes mais do que o verificado em 2010 (+232,3%).

### ***Freguesia de residência***

De acordo com o número total de episódios de urgência, cerca de 50% não contém informação referente à freguesia de residência. Desta forma, e segundo os dados disponíveis, considerados entre 2010 e 2013, na distribuição dos episódios por freguesia de residência, a moda é a freguesia do Lumiar, com 58214 episódios (5,1% do total), seguindo-se as freguesias de Benfica (49012 episódios), de Odivelas (48589 episódios) e da Pontinha (30068 episódios) (**figura 30**).



### *Causa/Diagnóstico*

<b>Tabela 34. Distribuição dos Episódios de Urgência, por causa/diagnóstico – TOP 9</b>		<b>Ano de Acesso</b>				<b>Total</b>
<b>Causa/ Diagnóstico</b>		<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	
<b>Doença interna</b>		298438	304857	207817	185137	996249
<b>Queda</b>		16863	15655	10352	9045	51915
<b>Acidente de Trabalho</b>		4380	3674	2656	2575	13285
<b>Acidente Escolar</b>		2821	3110	1603	1310	8844
<b>Agressão</b>		2456	2506	1714	1341	8017
<b>Acidente de Viação</b>		2166	1909	1600	1373	7048
<b>Atropelamento</b>		610	621	447	468	2146
<b>Acidente Desportivo</b>		537	610	511	414	2072
<b>Mordedura de Animais</b>		505	524	270	201	1500
<b>Outras causas</b>		15400	15270	9719	8588	48977
<b>Total</b>		<b>344176</b>	<b>348736</b>	<b>236689</b>	<b>210452</b>	<b>1140053</b>

Na distribuição dos episódios de urgência por causa/diagnóstico, a moda é a “Doença Interna”, verificada em 86,7% dos casos, em 2010, em 87,4% dos atendimentos, em 2011, e em 87,8% e 88%, nos anos de 2012 e 2013, respectivamente (**Tabela 34**). A segunda causa mais comum é "Queda", sendo responsável por 4,9% dos episódios de urgência, em 2010, 4,5%, em 2011, 4,4% e 4,3%, em 2012 e 2013, respectivamente.

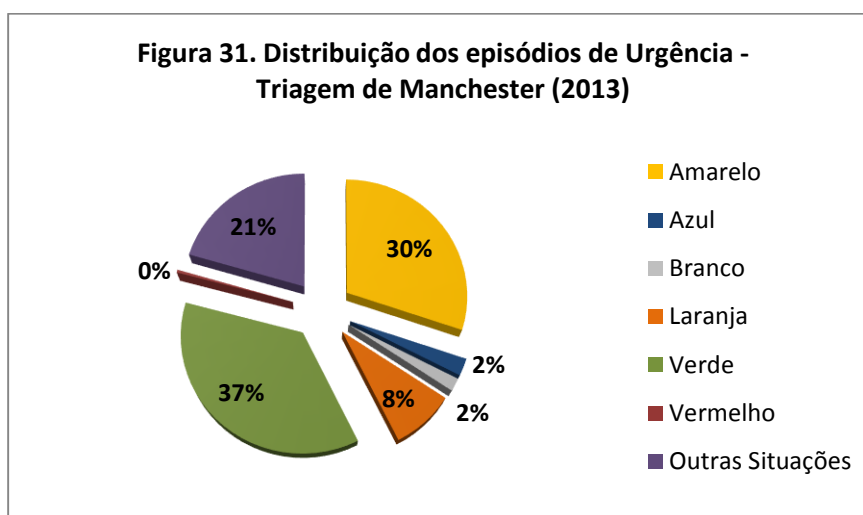
### *Prioridade da Triagem de Manchester*

<b>Tabela 35. Distribuição dos Episódios de Urgência, segundo a Triagem de Manchester</b>		<b>Ano de Acesso</b>				<b>Δ% 11/10</b>	<b>Δ% 12/11</b>	<b>Δ% 13/12</b>	<b>Δ% 13/10</b>
<b>Prioridade da Triagem de Manchester</b>		<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>				
<b>Amarelo</b>		101778	93108	72109	63476	-8,5%	-22,6%	-12,0%	-37,6%
<b>Azul</b>		3558	7392	5472	5026	107,8%	-26,0%	-8,2%	41,3%
<b>Branco</b>		8361	7991	5728	3749	-4,4%	-28,3%	-34,5%	-55,2%
<b>Laranja</b>		21732	23095	19785	17569	6,3%	-14,3%	-11,2%	-19,2%
<b>Verde</b>		138275	163105	86913	76653	18,0%	-46,7%	-11,8%	-44,6%
<b>Vermelho</b>		900	967	929	806	7,4%	-3,9%	-13,2%	-10,4%
<b>Outras Situações</b>		69572	53077	45753	43173	-23,7%	-13,8%	-5,6%	-37,9%
<b>Total</b>		<b>344176</b>	<b>348735</b>	<b>236689</b>	<b>210452</b>	<b>1,3%</b>	<b>-32,1%</b>	<b>-11,1%</b>	<b>-38,9%</b>

Segundo a triagem de Manchester, a moda é a cor verde, verificando-se, em 2010, 40,2% dos atendimentos classificados com a cor verde, 46,8%, em 2011, 36,7% e 36,4%, em 2012 e 2013, respectivamente (-44,6%, entre 2010 e 2013) (**Tabela 35**).

O número de atendimentos classificados com as cores vermelho e laranja diminuiu face ao ano anterior, à exceção de 2011, no qual se verificou um aumento de 6,3% e 7,4%, respectivamente, face a 2010.

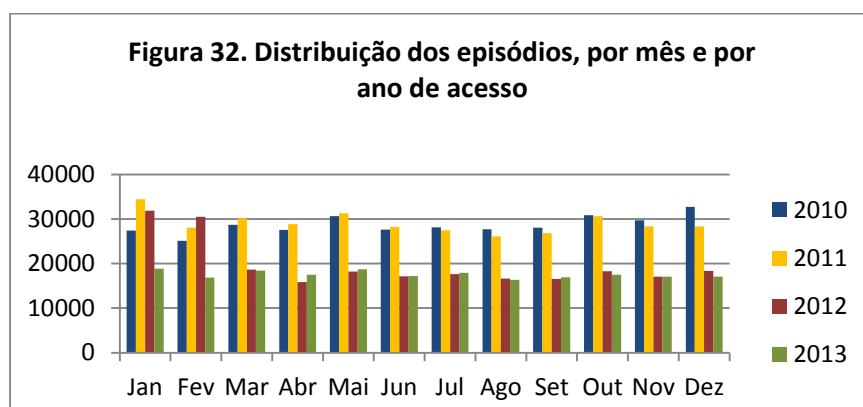
Relativamente à cor azul, entre 2010 e 2011 o número de atendimentos classificados com esta cor duplicou face a 2011 (**figura 31**), contrariando a redução de 26%, entre 2011 e 2012, e de -8,2%, entre 2012 e 2013 (+41,3%, entre 2010 e 2013).



### Mês de Acesso

Do total de episódios de urgência (1140053 episódios), os meses nos quais se verificou maior afluência foram os meses de janeiro e fevereiro, 9,9% e 8,8% do total, respetivamente (**figura 32**).

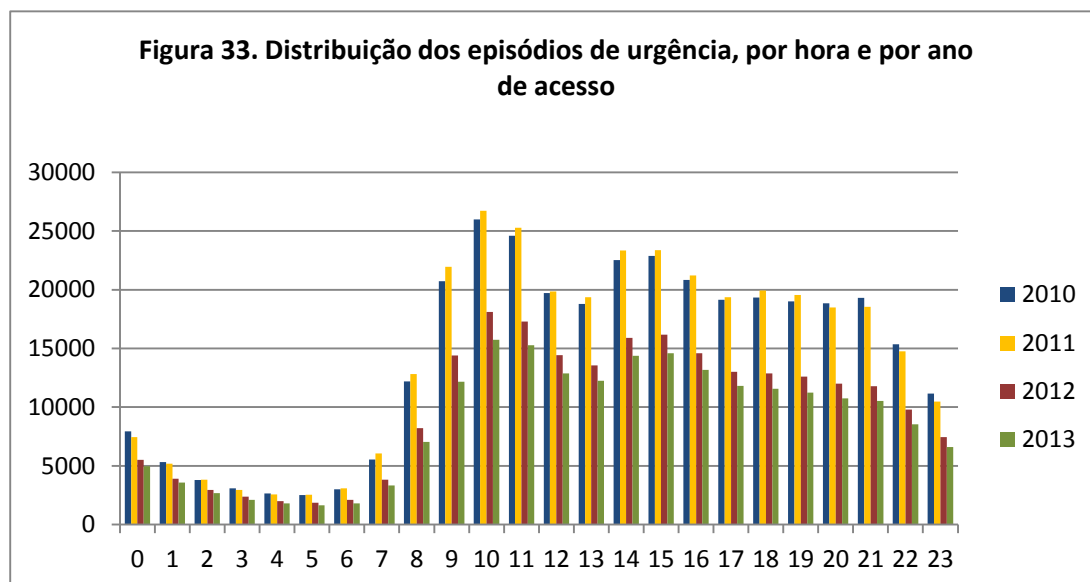
O **anexo X** mostra-nos a distribuição dos episódios de Urgência, de acordo com o mês de acesso, verificando-se que dezembro foi, em 2010, o mês que registou maior número de episódios de urgência (9,5%), contrariando o sucedido nos anos seguintes, em que janeiro foi o mês com maior número de episódios, 9,9%, em 2011, 13,5% e 9%, em 2012 e 2013, respetivamente.



### *Hora de Acesso*

Através do **anexo XI** - Distribuição dos Episódios de Urgência -, de acordo com a hora de acesso, verifica-se que, no período da manhã, a maior afluência se registra entre as 9 e as 11 horas, ocorrendo, neste período de tempo, 20,7% do total de episódios de urgência verificados em 2010, 21,2% dos episódios verificados em 2011, 21% e 20,5% dos episódios, em 2012 e 2013, respectivamente.

No período da tarde, a maior afluência registra-se entre as 14 e as 16 horas (**figura 33**), ocorrendo, neste período de tempo, 19,2% do total de episódios de urgência verificados em 2010, 19,5% dos episódios verificados em 2011, 19,7% e 20% dos episódios, em 2012 e 2013, respectivamente.



### Destino após-alta

Tabela 36. Distribuição dos Episódios de Urgência, de acordo com o Destino após-alta	Ano de Acesso				Total
	2010	2011	2012	2013	
<b>Destino após-Alta</b>					
Abandono	11495	14687	9530	6914	42626
Alta Administrativa	4915	1401	620	511	7447
Centro Saúde / Médico Família	50834	84998	46451	41945	224228
Consulta Externa	24095	20208	15174	13745	73222
Domicílio	217193	191115	130387	114354	653049
Falecido	371	344	360	331	1406
Internamento	25802	28449	26349	24860	105460
Outro	106	472	318	304	1200
Saída com recusa de internamento	0	1	0	0	1
Saída contra parecer médico	817	128	26	20	991
Transferido para outro Estabelecimento de Saúde	6	4	5	3	18
Transferido para outro Hospital	8535	6927	7469	7465	30396
<b>Total</b>	<b>344169</b>	<b>348734</b>	<b>236689</b>	<b>210452</b>	<b>1140044</b>

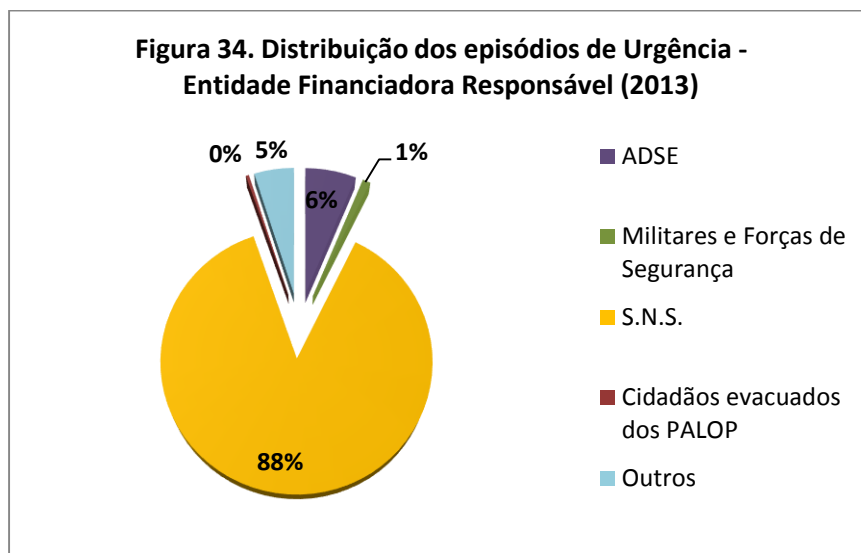
Na distribuição dos episódios de urgência por destino após-alta, a moda é o Domicílio (**Tabela 36**), representando 63,1% do total de episódios, em 2010, 54,8%, em 2011, 55,1% e 54,3%, em 2012 e 2013, respetivamente. Por outro lado, em 2010, o encaminhamento para o Centro de Saúde / Médico de Família representa 14,8% do total de episódios, valor que aumenta para 24,4%, em 2011, contrariando a redução para 19,6% e 19,7%, em 2012 e 2013, respetivamente.

### Entidade Financiadora Responsável

Tabela 37. Distribuição dos episódios de Urgência por Entidade Financiadora Responsável	2010	2011	2012	2013	Δ%			
					11/10	12/11	13/12	13/10
ADSE	26310	25506	15809	13188	-3,1%	-38,0%	-16,6%	-49,9%
Militares e Forças de Segurança	4576	4449	2567	2064	-2,8%	-42,3%	-19,6%	-54,9%
S.N.S.	297751	301704	205986	184062	1,3%	-31,7%	-10,6%	-38,2%
Cidadãos evacuados dos PALOP	689	671	618	802	-2,6%	-7,9%	29,8%	16,4%
Outros	14846	16404	11707	10331	10,5%	-28,6%	-11,8%	-30,4%
<b>Total</b>	<b>344172</b>	<b>348734</b>	<b>236687</b>	<b>210447</b>	<b>1,3%</b>	<b>-32,1%</b>	<b>-11,1%</b>	<b>-38,9%</b>

A moda da distribuição dos episódios de urgência por EFR é o SNS, representando cerca de 87%, ao longo dos 4 anos em análise (**Tabela 37**). Na

distribuição por beneficiários da ADSE, verifica-se uma redução de 3,1%, entre 2010 e 2011, menos 38%, entre 2011 e 2012, e menos 16,6%, entre 2012 e 2013. Em 2013, face a 2010, observa-se um aumento significativo no número de atendimentos em cidadãos evacuados dos PALOP, mais 16,4% de atendimentos (**figura 34**).



## 5. Discussão dos Resultados

No âmbito da CE, verifica-se um aumento do número total de consultas de 4,3%, entre 2010 e 2013. De acordo com a tipologia das consultas, observa-se uma evolução superior no número de consultas subsequentes face ao número de primeiras consultas, analisando a variação entre 2010 e 2013: +2,3% de primeiras consultas e +5% de consultas subsequentes.

Cada primeira consulta originou, em média, 3,1 consultas subsequentes em 2010 e 2011, 3,4 e 3,1 consultas subsequentes em 2012 e 2013, respetivamente.

Segundo o PNS 2012-2016, nos últimos dez anos registou-se o aumento no número médio de consultas médicas por habitante, nomeadamente no que respeita à percentagem de primeiras consultas, no âmbito da consulta externa. Do total de consultas externas realizadas em 2010, em unidades hospitalares do SNS, 28,7% referem-se a primeiras consultas – **Anexo XII**. O referido documento menciona, ainda, que o número médio de consultas médicas nos hospitais subiu de 0,8, em 2000, para 1,5, em 2010.

Contudo, na senda do esforço de redução dos gastos em saúde, a ACSS impôs, para o ano de 2012, uma redução significativa na despesa dos hospitais: "O ano de 2012 será particularmente exigente na procura da sustentabilidade económico-financeira do SNS, com uma diminuição de financiamento previsto para as EPE do Ministério da Saúde de 7,38% face ao ano de 2011, circunstância que se refletirá na subsequente afetação de recursos às instituições do SNS...." (METODOLOGIA CONTRATO-PROGRAMA 2012, ACSS). Nesse sentido, a mesma fonte revela, ainda, que se verificou uma "Redução de preços em 8% face aos preços estabelecidos para 2011 na linha de Hospital de Dia com eliminação da linha de Hospital de Dia de Infeciologia". Já em 2011, os preços tinham sido reduzidos em 4%.

Por outro lado estabeleceu, ainda, em 2012, a "Redução de preços em 8% face aos preços estabelecidos para 2011 na linha de Consulta Externa". Assim, a redução dos preços das sessões de HD e a redefinição adicional de preços da Consulta Externa, em 2012, para os Grupos hospitalares 2 e 4, face à criação da linha autónoma para financiamento, sugere, de alguma forma, que os hospitais passem a ter interesse em referenciar doentes para a CE, em detrimento das sessões de HD, contaminando, desta forma, a análise inerente ao aumento do número de CE.

Nas especialidades para as quais se verificou maior número de consultas, observa-se, de modo geral, um decréscimo no número de consultas, com especial destaque para a redução no número de primeiras consultas para o H.D. de Oncologia (-61,4%, entre 2010 e 2013), para a CE de Otorrinolaringologia I (-20,4%, entre 2010 e 2013) e para a CE de Oftalmologia (-15,9%, entre 2010 e 2013).

Note-se que a entrada em funcionamento do Hospital Beatriz Ângelo ocorreu em 2012, sendo que é entre 2011 e 2012, e 2012 e 2013 que se verificam as variações negativas mais expressivas no número de primeiras consultas, para cada uma das especialidades consideradas.

No que confere aos tempos de espera, mais de 90% dos casos não tem indicação da data do pedido da marcação da consulta, comprometendo, assim, os cálculos do tempo de espera entre o pedido e a marcação da consulta, e o tempo de espera entre o pedido e a realização da consulta. Dos dados disponíveis, a moda do tempo de espera entre o pedido e a marcação da consulta é menos de 1 mês, para os 4 anos em análise. Entre o pedido e a realização da consulta, a moda do tempo de espera é de 1 a 3 meses, para o mesmo período, e de menos de 1 mês entre a marcação e a realização da consulta.

Em 2011, os dados apresentados no Relatório Primavera do OPSS revelaram que, relativamente aos doentes que em 31 de dezembro aguardavam consulta hospitalar, na ARSLVT, o tempo médio de espera, segundo a prioridade atribuída, foi de 353,8 dias, quando a prioridade atribuída foi de “muito prioritário”, de 340,4 dias, quando a prioridade atribuída foi de “prioritário”, e de 429,7 dias, quando a realização da consulta foi considerada com prioridade normal.

A Carta dos Direitos de Acesso (Lei nº 41/2007, de 24 de agosto) define que a prestação de cuidados de saúde deve ser efetuada num período de tempo clinicamente aceitável. Não obstante, quando nos referimos ao acesso aos cuidados eletivos, sobretudo às primeiras consultas de especialidade, são estabelecidos TMRG, considerando-se o nível de acesso e o tipo de cuidados (Portaria nº1529/2008, de 26 de dezembro). Por outro lado, foi publicado um diploma legal (Portaria nº615/2008, de 11 de julho) – CTH -, que visa agilizar o acesso e os procedimentos, tendo em conta a prioridade clínica: 30 dias, se a realização da consulta for muito prioritária; 60 dias, se a realização da consulta for prioritária; 150 dias, se a realização da consulta for considerada com prioridade normal.



Relativamente às variáveis sexo e idade, podemos concluir que o sexo feminino é predominante (55%), sendo a faixa etária dos 45 aos 64 anos dominante em ambos os sexos, entre 2010 e 2013. Os utentes são maioritariamente de nacionalidade portuguesa (90%), verificando-se, por outro lado, a predominância de nacionalidades provenientes dos PALOP.

Em relação ao estado civil, a moda é casado, para qualquer um dos anos em análise: 50,3%, em 2010; 49,6%, em 2011; 48,8% e 48,5%, em 2012 e 2013, respetivamente.

Relativamente à referenciação de doentes, mais de 90% dos dados analisados são classificados como “sem origem em pedido”. De acordo com o esclarecimento feito pelos serviços informáticos do CHLN, para a ocorrência deste facto, a origem/referenciação do doente não é de preenchimento obrigatório, podendo ficar por preencher este campo na base de dados, quanto às primeiras consultas. No que respeita às consultas subsequentes, estas não necessitam de pedido de origem.

Não obstante, e de acordo com a informação disponibilizada, os pedidos internos representam cerca de 1,5% do total, em 2010, 2012 e 2013, e 1,8% em 2011. Por outro lado, entre 2010 e 2013, há uma perda de mais de 90% no número de referenciação de consultas oriundas do CS de Odivelas e do CS de Loures. Por outro lado, contrariando essa redução, observa-se um aumento no número de referenciações de utentes para a CE, provenientes da USF Parque (+99,1%), do CS Benfica – Rodrigues Migueis (+97,8%), do CS Benfica – Carnide (+62,9%) e do CS Lumiar – Musgueira (+52,9%).

Como esperado, e tendo em conta que, com a abertura do Hospital Beatriz Ângelo, o CHLN reduziu a sua área de influência com a perda das freguesias de Loures e Odivelas, verifica-se a redução efetiva do número de consultas, entre 2011/2012 e 2012/2013, em utentes provenientes destas freguesias, contrariando, por outro lado, a variação percentual positiva do número de consultas em utentes referenciados por CS que pertencem às freguesias cuja 1ª linha da prestação de cuidados é o CHLN, nomeadamente, as freguesias do Lumiar e de Benfica.

Ainda relativamente à proveniência dos utentes, quando se considera a distribuição da consulta externa por concelho de residência, observa-se que, só em 2010 a moda é o concelho de Odivelas, sendo, nos restantes anos, o concelho de

Lisboa. Em 2013, o número de consultas em utentes provenientes do concelho de Lisboa quase que duplica (+95,6%), face a 2010.

Nesta análise, é importante ter em conta que, ao longo dos 4 anos se verifica o aumento do número total de consultas, justificando-se, assim, a variação percentual positiva, entre 2010 e 2013, quando se avalia a evolução do número de consultas de acordo com o concelho de residência. Desta forma, se analisarmos a evolução de ano para ano, observa-se que, entre 2012 e 2013, o número de consultas em utentes provenientes do concelho de Odivelas decresce 15,5% e 8,7% em utentes provenientes do concelho de Loures.

Quando se considera a distribuição por freguesia de residência, a análise é semelhante. As freguesias que deixaram de fazer parte da área de influência do CHLN, com a abertura do Hospital Beatriz Ângelo, são aquelas cuja redução do número de consultas em utentes provenientes das mesmas é mais acentuada: -10% de consultas em utentes provenientes da freguesia de Odivelas e -18% de consultas em utentes provenientes da freguesia de Loures, contrariando o aumento do número de consultas em utentes que residem nas freguesias abrangidas pela área de influência do CHLN.

Na análise da distribuição da CE por E.F.R, verifica-se que, a moda é o SNS, ao longo de todo o período, sendo que, em 2010, representa cerca de 97,3%, 97,5% em 2011, 97,9% e 98%, em 2012 e 2013, respetivamente.

No que respeita à análise dos resultados obtidos para a Urgência, verificou-se um decréscimo acentuado no número de atendimentos de urgência entre 2010 e 2013 (-38,9%), com especial destaque para a variação percentual entre 2010 e 2011, onde se observa uma redução de -32,1% no número de episódios de urgência.

Segundo o Relatório proveniente da CRRNEU, em Portugal Continental existem cerca de 6 milhões de episódios de urgência anuais. Em 2010, na ARS LVT registaram-se 582,52 episódios de urgência por mil habitantes. O referido relatório alerta-nos para as assimetrias regionais, no que concerne ao número de episódios de urgência nas várias ARS, frisando a necessidade de regulação da procura assistencial urgente e da integração dos processos de urgência com as estruturas circundantes, designadamente os sistemas telefónicos de triagem e orientação, a emergência extra-hospitalar, os serviços de internamento hospitalar e os CSP (CRRNEU, 2012).

A moda do tipo de urgência é, em todos os anos, a Urgência Central, verificando-se uma redução de -19,6% episódios de urgência, entre 2010 e 2013. O SUB Lisboa Norte encerrou a sua atividade em 2012, pelo que se justifica a ausência de qualquer movimento assistencial no ano de 2013.

Para qualquer um dos tipos de urgência, registou-se uma redução do número de atendimentos, destacando-se a redução de -20,3% na Urgência Obstétrica, fruto, certamente, da abertura do Hospital Beatriz Ângelo, dado que as freguesias que para aí passaram a ser referenciadas são as que detêm pessoas mais jovens.

O número de episódios diários na Urgência Pediátrica foi de 135 episódios, em 2010, valor que vai decrescendo ao longo dos anos seguintes: 129 episódios/dia, em 2011, 116 episódios/dia, em 2012, e 110 episódios/dia, em 2013.

Entre 2010 e 2013, o sexo feminino é predominante (56,3%); a moda do grupo etário é aquela que compreende as idades entre os 25 e os 44 anos (26,7% do total de episódios de urgência); a moda do estado civil é solteiro para qualquer um dos anos: 46%, em 2010, 45,3%, em 2011, 44% e 44,4%, em 2012 e 2013, respetivamente.

A moda para a nacionalidade é a nacionalidade portuguesa, para o período em análise: 91,8%, em 2010; 91,2%, em 2011; 89,9% e 87,5%, em 2012 e 2013, respetivamente. Há que referir o aumento do número de atendimentos em utentes com nacionalidade dos PALOP, representando 5% do número de atendimentos em 2010, 5,5%, em 2011, 6,8% e 8,2%, em 2012 e 2013, respetivamente.

Relativamente à proveniência dos utentes que acorreram ao serviço de urgência para o período em análise, a par da redução do número total de episódios de urgência verificados, observa-se uma quebra evidente do número de episódios em utentes oriundos dos concelhos de Odivelas e de Loures.

Esta redução acentua-se entre 2011 e 2012, altura que coincide com a abertura do Hospital Beatriz Ângelo, verificando-se uma redução de -59,9% do número de atendimentos de urgência em utentes provenientes do concelho de Odivelas e de -8,9% nos atendimentos de urgência em utentes residentes no concelho de Loures. Por outro lado, o número de atendimentos em utentes provenientes do concelho de Lisboa, entre 2010 e 2013, mais do que duplicou (+111,2%), tal como para o concelho

de Mafra, que registou, em 2013, o triplo de atendimentos em utentes provenientes deste concelho, face a 2010 (+232,3%).

Quando se pretende identificar a situação de referenciação/origem do utente, a maior parte dos episódios são classificados como “Exterior”, não sendo, desta forma, suficiente para determinar qual a origem dos utentes que acorrem ao serviço de urgência. Estes episódios referem-se a utentes que acorrem diretamente à urgência, sem virem referenciados de outros hospitais, centros de saúde ou outras unidades de saúde: 92,6% do total de episódios, em 2010; 93,2%, em 2011; 89,2% e 88,6%, em 2012 e 2013, respetivamente.

Na distribuição dos episódios por causa/diagnóstico, a moda é “Doença Interna” para qualquer um dos anos em análise: 86,7%, em 2010; 87,4%, em 2011; 87,8% e 88%, em 2012 e 2013, respetivamente. Desta forma, e devido à abrangência do termo aplicado, não é possível extrair a informação pretendida relativamente às causas/diagnósticos mais comuns nos atendimentos de urgência, durante o período em análise. No entanto, a segunda causa mais comum é “Queda”, responsável por 4,9% dos episódios de urgência, em 2010, 4,5%, em 2011, 4,4% e 4,3%, em 2012 e 2013, respetivamente.

A distribuição dos episódios de urgência, segundo a triagem de Manchester, revela que a moda é a cor verde, para 40,2% dos atendimentos, em 2010, para 46,8%, em 2011, para 36,7% e 36,4% dos atendimentos, em 2012 e 2013, respetivamente.

De acordo com o inquérito realizado pela CRRNEU, em 2010, somente 54% dos atendimentos nos SU nacionais eram urgentes, muito urgentes ou emergentes. De facto, nos dias de hoje, os padrões da utilização do serviço de urgência dependem, essencialmente, da autoperceção do estado de saúde e de doença do doente, explicando, em parte, alguma da evidência inerente à procura desmedida deste tipo de serviço de cuidados de saúde.

Relativamente à distribuição dos episódios de urgência por mês de acesso, considerando o total de episódios, verifica-se que os meses de janeiro e fevereiro são aqueles que registam maior afluência, 9,9% e 8,8%, respetivamente. Se efetuarmos a análise de acordo com o ano de acesso, em 2010, o mês de dezembro foi aquele em que se registou maior número de atendimentos (9,5%), sendo que, nos anos seguintes, esta situação verifica-se no mês de janeiro: 9,9%, em 2011; 13,5%, em 2012; 9%, em 2013.

O período de maior afluência regista-se na parte da manhã, entre as 9 e as 11 horas, destacando-se que, em 2010, 20,7% dos atendimentos ocorrem neste período, 21,2%, em 2011, 21% e 20,5%, em 2012 e 2013, respetivamente. Não obstante, é também no período da tarde, entre as 14 e as 16 horas, que se verifica maior afluência: 19,2% dos atendimentos verificaram-se entre este período de tempo, em 2010; 19,5%, em 2011; 19,7% e 20%, em 2012 e 2013, respetivamente.

Em relação ao destino após alta, a moda é o domicílio, representando cerca de 63,1% dos episódios ocorridos em 2010, 54,8%, em 2011, 55,1% e 54,3%, em 2012 e 2013, respetivamente.

Relativamente à distribuição dos episódios de urgência por EFR, a moda é o SNS, representando cerca de 87% do total de atendimentos, entre 2010 e 2013.

## 6. Limitações

As principais limitações deste trabalho prendem-se, essencialmente, com as imperfeições detetadas na base de dados, nomeadamente a ausência de dados estatísticos para muitas das variáveis consideradas.

Relativamente aos dados inerentes à CE, para a variável nacionalidade verifica-se a ausência de dados em cerca de 60% do número de consultas considerado, bem como para a variável concelho (*missing* em cerca de 30% dos casos) e para a variável freguesia (*missing* em cerca de 50% dos casos). Por outro lado, aquando do cálculo dos tempos de espera, mais de 90% dos casos não têm indicação da data do pedido para a marcação da consulta, comprometendo, assim, os cálculos do tempo de espera entre o pedido e a marcação da consulta, e o tempo de espera entre o pedido e a realização da consulta.

Ainda relacionado com a CE, para a variável referência/origem verificou-se a ausência de informação em mais de 90% dos casos e, para os casos em que foi indicada a referência do doente, a informação é muito dispersa: por vezes refere, apenas, a freguesia; outras, o Centro de Saúde ou o Hospital.

No que respeita aos dados referentes à Urgência, também se registou a ausência de informação significativa para algumas das variáveis consideradas para neste estudo, nomeadamente para a variável nacionalidade (*missing* em cerca de 70% dos casos), para a variável concelho (*missing* em cerca de 25% dos casos) e para a variável freguesia (*missing* em cerca de 40% dos casos).

Ainda em relação à variável freguesia, dada a extensão da base de dados e as limitações do programa de análise estatística do SPSS, não foi possível efetuar o cruzamento de dados que permitiria analisar a proveniência dos utentes, de acordo com a freguesia de residência e o ano de acesso. Desta forma, apenas foi possível analisar a distribuição dos episódios de urgência por freguesia de residência, considerando o número total de episódios, entre 2010 e 2013.

Um dos objetivos definidos inicialmente era identificar quais as patologias mais frequentes dos episódios de urgência, o que não foi possível concretizar, uma vez que mais de 85% dos episódios considerados foram classificados como “Doença interna”, sendo a restante informação muito dispersa e pouco expressiva para retirar conclusões. Ainda quanto aos dados facultados, também para a variável

referenciação/origem se observou que cerca de 93% dos episódios considerados foram classificados como “Exterior”, não permitindo, desta forma, extrair a informação necessária.

Não obstante, e consciente da dimensão da temática sobre o acesso e a utilização de serviços de saúde, outras linhas de investigação poderiam ter sido abordadas. De acordo com a revisão da literatura efetuada, vários são os modelos desenvolvidos, ao longo dos anos, para caracterizar o acesso e a utilização de serviços de saúde, nas suas várias dimensões, contemplando variáveis como, por exemplo, a distância percorrida, as facilidades de transporte, o rendimento ou os indicadores de satisfação, representando, desta forma, outra via de exploração desta temática.

## 7. Conclusões e Recomendações

Ao longo do meu trabalho de investigação, procurei expor os dados que me foram cedidos, consciente de que o rigor é premissa fundamental para uma análise consistente, que vá ao encontro da pergunta de investigação, inicialmente formulada.

Por outro lado, o enquadramento teórico elaborado proporciona, ao leitor, noções e conceitos importantes, inerentes à problemática do acesso aos cuidados de saúde.

A análise do acesso e da utilização da consulta externa e da urgência do CHLN é descrita através das variáveis que inicialmente foram definidas, respondendo, de uma maneira geral, às questões: Quem? De Onde? Quando? Porquê?

Numa altura em que o debate sobre o encerramento de diversas valências em vários estabelecimentos de saúde é atual, nomeadamente com a publicação em Diário da República, da Portaria nº 82/2014 de 10 de abril, que visa operar uma nova categorização dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como definir as respetivas carteiras de valências, estudos sobre o acesso aos cuidados de saúde ganham cada vez mais importância para a tomada de decisões.

Os resultados obtidos demonstram que, relativamente à CE, ao longo do período em análise, o número de consultas prestadas subiu ligeiramente. Todavia, verifica-se uma alteração expressiva da proveniência dos utentes, bem como um decréscimo do número de consultas para algumas das especialidades.

No âmbito das especialidades médicas, foram identificadas aquelas em que se verificou maior afluência, nomeadamente Oftalmologia, Dermatologia I, Pediatria e Otorrinolaringologia I.

No que confere aos tempos de espera, mais de metade das consultas externas obtiveram um tempo de espera entre a marcação e a realização da consulta inferior a 1 mês.

Relativamente à Urgência, entre 2010 e 2013, a redução do número de atendimentos de urgência é bastante acentuada, verificando-se, simultaneamente, a alteração da proveniência dos utentes que acorrem ao SU.



Com a entrada em funcionamento do Hospital Beatriz Ângelo, em fevereiro de 2012, eram expectáveis alguns dos impactos verificados nessa data, nomeadamente a alteração da proveniência dos utentes que ocorrem ao CHLN, com a perda das freguesias de Odivelas e Loures, que advém da nova reorganização da distribuição e dimensionamento das áreas de influência.

Desta forma, e tendo em conta a redução da área de influência do CHLN após a abertura do Hospital Beatriz Ângelo, torna-se importante apropriar a oferta à procura atual e futura, e encontrar mecanismos de captação de doentes.

É um facto que, nos últimos anos, têm entrado em funcionamento várias unidades hospitalares públicas e privadas, na área metropolitana de Lisboa, que concorrem com o CHLN na captação e tratamento de doentes, unidades diferenciadas do ponto de vista técnico, tal como o CHLN.

Assim, é necessária a adaptação da capacidade instalada para que esta não se torne sobredimensionada face à procura, bem como a adequação de recursos internos: recursos financeiros, humanos e tecnológicos.

A oferta deve ter em conta a procura regional e nacional, criando-se espaço para a internacionalização do CHLN, como forma de obtenção de novas receitas e reputação.

Por outro lado, torna-se evidente a necessidade do aperfeiçoamento dos sistemas de informação, de modo a facilitar o tratamento e a análise das bases de dados, bem como a melhoria da qualidade da informação. O papel dos sistemas de informação assume, em contexto de reforma, a importância de promover e integrar os diferentes sistemas, visando a automatização e a simplificação do processo administrativo, mas, também, de capacitar os decisores na tomada de posições céleres e adequadas.

De salientar a intenção de que este estudo contribua para estimular futuras investigações, que visem a procura de conhecimento para a melhoria da organização e da estruturação dos serviços de saúde, em função das necessidades da população, mas, também, para a definição de estratégias que combatam as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde.

## Referências Bibliográficas

ADAY, L.; ANDERSEN, R. - A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 9 : 3 (1974) 208-20

ANDRADE, I. - Geografia da Saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Letras. Universidade de Lisboa, 2008. Tese de Mestrado elaborada no âmbito do Curso em Geografia, com especialização em Urbanização e Ordenamento do Território 2006/2008 ministrada pela FL. UL.

ARREIGOSO, V. – Cortes no Santa Maria põem em risco Hospital e Faculdade. Lisboa: Semanário Expresso. Semanal (2012) 1; 27

BARROS, A. - Qualidade, Fiabilidade e Codificação dos Episódios de Internamento. Lisboa: Escola nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2009. Tese de Mestrado elaborada no âmbito do Curso de especialização em Administração Hospitalar 2007/2009 ministrada pela ENSP. UNL

BARROS, P. - Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos. Coimbra: Edições Almeida SA, 2005. ISBN 972-40-2658-2

BARROS, P. - Pela Sua Saúde. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Santos, 2013. ISBN 978-989-8424-78-5

BENTES, M. [et al.] - A Utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar. Gestão Hospitalar. 33 (1996) 33-40

CARVALHO, J. - Sistemas de Financiamento Hospitalar: uma Reflexão. [Em Linha]. Porto: Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado elaborada no âmbito do Curso de Medicina 2009/2010. FM. UP. [Consultado a 1-11-2013]. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53453/2/Sistemas%20de%20Financiamento%20Hospitalar>

COMMISSION COMMUNICATION - Investing in Health. [Em Linha]. Brussels: European Commission, 2013. [Consultado a 23-11-2013]. Disponível em <[http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf)>

COSTA, C.; LOPES, S. - Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade. *Revista portuguesa de Saúde Pública*. 4 (2004) 35-50

COSTA, C.; SANTANA, R.; LOPES, S. - Custos e Preços na Saúde. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Santos, 2013.

COSTA, J.; GUIMARÃES, R. - Equidade em Saúde. *Revista de Contabilidade & Finanças*. Publicação trimestral. 110 (2012) 18-22. ISSN 0870-8827

DECRETO-LEI nº76/2001. Diário da República. 1ªSérie-A. 49 (27-02-2001) 1089-1096

DECRETO-LEI nº 23/2008. Diário da República. 1ªSérie. 28 (08-02-2008) 946-947

DECRETO-LEI nº 233/2005. Diário da República. 1ª Série-A. 249 (29-12-2005) 7323-7333

DECRETO-LEI nº 151/98. Diário da República. 1ªSérie-A. 151 (03-07-1998) 2963-2964

DECRETO-LEI nº 207/99. Diário da República. 1ªSérie-A. 133 (09-06-1999) 3258-3264

DECRETO-LEI nº 284/99. Diário da República. 1ª Série-A. 172 (26-07-1999) 4683-4687

DECRETO-LEI nº 30/2011. Diário da República. 1ª Série. 43 (02-03-2011) 1274-1277

DECRETO-LEI nº 48357/68. Diário da República. 1ºSérie. 101 (27-04-1968) 599-612

DECRETO-LEI nº 93/2005. Diário da República. 1ªSérie-A. 109 (7-06-2005) 3636-3637

DELOITTE - Saúde em análise: Uma visão para o futuro. [Em Linha]. Lisboa: Deloitte Consultores, S.A., 2011. [Consultado a 20-11-2013]. Disponível em <[http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)\\_lshc\\_saudeemanalise\\_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Portugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)>

DESPACHO n.º 5414/2008. Diário da República. 2ª Série. 42 (28-02-2008) 8083-8085

DONABEDIAN, A. - Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University, 1973

ENSOR, T.; COOPER, S. - Overcoming Barriers to Health Service Access and Influencing the Demand Side Through Purchasing. [Em Linha]. Washington, DC: Health, Nutrition and Population of the World Bank's human Development Network, 2004. [Consultado a 4-11-2013]. Disponível em <<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/EnsorOvercomingBarriersFinal.pdf>>

EUROSTAT. EU - Basic figures on the EU: Summer 2013 edition. Luxembourg: European Commission, 2013. ISSN 1831-9556

FERNANDES, A. – Hospitais: Um novo modelo de gestão hospitalar. XXI, Ter opinião. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Santos. Anual (2012) 80-85

FERNANDES, J.; BARROS, P.; FERNANDES, A. - Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal. 1ªed. Cascais: Príncipia Editora, Lda. 2001. ISBN 978-989-8131-87-4

FITZPATRICK, A. [et al.] - Barriers to Health Care Access Among the Elderly and Who Perceives Them. American Journal of Public Health. 94 :10 (2004) 1788-1794

FURTADO, C.; PEREIRA, J. - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2010.

GOLD, M. - Beyond coverage and supply: measuring access to health care in today's market. Health Serv Res. 33 (1998) 625-84

GOUVEIA, M. [et al.] - Transferências de áreas Terapêuticas dos Hospitais para os Cuidados Primários e Continuados. [Em linha] Lisboa: Centro de estudos Aplicados da Católica Lisbon School of Business and Economics. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2012. {Consultado a 15-11-2013}. Disponível em <[http://www.apir.pt/images/diversos/documentos/relatorio\\_transferencia\\_servicos\\_hospitalares\\_cuidados\\_primarios\\_saude.pdf](http://www.apir.pt/images/diversos/documentos/relatorio_transferencia_servicos_hospitalares_cuidados_primarios_saude.pdf)>

INE - Anuário Estatístico da Região de Lisboa 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012. ISBN 978-989-25-0173-4

INE - Censos 2011: Resultados definitivos - Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012. ISBN 978-989-25-0181-9

INE - Destaque: Como são as famílias em Portugal e que riscos económicos enfrentam. [Em Linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2013. [Consultado a 3-12-2013]. Disponível em <<file:///C:/Users/Rafaela/Downloads/14DiaIntFamilia2013.pdf>>

JOSHI, C. [et al.] - A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. [Em Linha]. International Journal For Equity in Health. 12 : 88 (2013) 1475-9276

LEI nº 41/2007. Diário da República. 1ª Série. 163 (24-08-2007) 5664-5665

LEI nº 56/2012. Diário da República. 1ª Série. 216 (08-11-2012) 6454-6459 - Reorganização Administrativa de Lisboa

MATIAS, A. - O Mercado de Cuidados de Saúde. [Em Linha]. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES), 1995. [Consultado a 20-10-2013]. Disponível em <[http://www.apes.pt/files/dts/dt\\_051995.pdf](http://www.apes.pt/files/dts/dt_051995.pdf)>

OECD - Health at a Glance 2012: Europe 2012. [Em linha]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2012. [Consultado a 20-11-2013]. Disponível em <<http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>>

OLIVER, A., MOSSIALOS, E. - Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Epidemiol Commun H.* 58 (2004) 685-8

OPSS - Conhecer os Caminhos da Saúde. Relatório Primavera 2001. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Instituto para o Desenvolvimento de Gestão Empresarial. Universidade de Coimbra. Instituto Superior de Serviço Social do Porto, 2001.

OPSS - Da Depressão da Crise para a Governação Prospetiva da Saúde. Relatório Primavera 2011. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de saúde Pública. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora, 2011.

OPSS - Duas Faces da Saúde: Relatório primavera 2013. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de saúde Pública. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, da Universidade de Évora, 2013

OPSS - Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas: Relatório Primavera 2008. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - 15 Propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde. [Em linha] 2013. [Consultado a 4-11-2013]. Disponível em <[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas\\_2015\\_VersaoFinal\\_01Out2013\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_proteg.pdf)>

PENCHANSKY, R; THOMAS; W. - The Concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care.* 19 : 2 (1981)127-40

PEREIRA, M. [et al.] - Comparação dos utentes do antigo hospital do Desterro com os utentes do Hospital de São José no acesso à consulta de Medicina Interna - Parte I: objetivos, população, métodos e resultados sobre o potencial acesso. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 29 : 2 (2011) 188-189

PEREIRA, M. [et al.] - Comparação dos utentes do antigo hospital do Desterro com os utentes do Hospital de São José no acesso à consulta de Medicina Interna - Parte II: diferenças em acesso realizado. Revista Portuguesa de Saúde Pública 30 : 1 (2012) 18-34

PORDATA. Retrato de Lisboa: Indicadores 2011. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Santos, 2012. ISBN 978-8424-94-5

PORTAL DE CODIFICAÇÃO E DOS GDH - Hospital: definição e classificação. [Consultado a 20-10-2013]. Disponível em <[http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:\\_defini%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_classifica%C3%A7%C3%A3o](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:_defini%C3%A7%C3%A3o_e_classifica%C3%A7%C3%A3o)>

PORTARIA nº 394-B/2012. Diário da República. 231 (29-12-2012) 6832(5)-6832(11)

PORTARIA nº1529/2008. Diário da República. 1ªSérie. 249 (26-12-2008) 9040-9044

PORTARIA nº615/2008. Diário da República. 1ªSérie. 133 (11-07-2008) 4408-4414

PORTUGAL. ACSS - Codificação Clínica Hospitalar. [Em linha]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, 2013. [Consultado a 24-11-2013]. Disponível em <<http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPres tSa%C3%BAde/Codifica%C3%A7%C3%A3oCl%C3%ADnica/tabid/358/language/pt-PT/Default.aspx>>. [Consultado a 25-02-2013]

PORTUGAL. ACSS - Sistema de Classificação de Doentes. [Em linha]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, 2013. [Consultado a 24-11-2013]. Disponível em <<http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPres tSa%C3%BAde/SClassifica%C3%A7%C3%A3oDoentes/tabid/286/language/pt-PT/Default.aspx>>

PORTUGAL. MS - Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.

PORTUGAL. MS - Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em <[http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH\\_Nov2011.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf)>

PORTUGAL. MS - Urgência Metropolitana de Lisboa. Lisboa: Ministério da Saúde, 2013.

PORTUGAL. MS. ACS. - Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos serviços. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde, 2010.

PORTUGAL. MS. ACSS - Metodologia Contrato-Programa 2012. Lisboa: Administração Central do Sistema de saúde. Ministério da Saúde, 2011.

PORTUGAL. MS. ACSS - Metodologia Contrato-Programa 2013. Lisboa: Administração Central do Sistema de saúde. Ministério da Saúde, 2012.

PORTUGAL. MS. ACSS - Relatório e Contas 2011: centro Hospitalar Lisboa Norte. Lisboa: Administração Central do Sistema de saúde. Ministério da Saúde, 2011.

PORTUGAL. MS. ACSS - Seminário: Financiar, pagar, contratualizar em saúde. Lisboa: Administração Central do Sistema de saúde. Ministério da Saúde, 2009.

PORTUGAL. MS. ARSLVT- Plano de Atividades da ARS-LVT. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012.

PORTUGAL. MS. DGS - Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados de Saúde Hospitalares. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde, 2010. [Consultado a 17-10-2013]. Disponível em <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>>

PORTUGAL. MS. DGS - Plano nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2013.



PORTUGAL. MS. DGS – Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-99-X

PORTUGAL. MS. ERS - Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares. [Em linha]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Ministério da Saúde, 2012. [Consultado a 17-10-2013]. Disponível em <[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/399/Relat\\_rio\\_Centros\\_Hospitalares.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/399/Relat_rio_Centros_Hospitalares.pdf)>

PORTUGAL. MS. ERS - Estudo para a Carta Hospitalar. [Em Linha]. Porto: Entidade reguladora da saúde. Ministério da Saúde, 2012. [Consultado a 16-11-2013]. Disponível em <<http://static.publico.pt/docs/sociedade/ERSCartaHospitalar.pdf>>

PORTUGAL. MS. ERS - Recomendação dirigida às cinco ARS relativa às Redes de Referenciação Hospitalar. Porto: Entidade reguladora da saúde. Ministério da Saúde, 2009

PORTUGAL. MS. ERS - Relatório sobre a rede Hospitalar com Financiamento Público. [Em Linha]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Ministério da Saúde, 2011. [Consultado a 20-11-2013]. Disponível em <[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/34/Relatorio\\_Preliminar\\_Rede\\_Hospitalar.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/34/Relatorio_Preliminar_Rede_Hospitalar.pdf)>

PORTUGAL. Portal da Codificação dos GDH - Doentes Equivalentes. [Em linha]. [Consultado a 26-11-2013]. Disponível em <[http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Doentes\\_equivalentes](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Doentes_equivalentes)>

PORTUGAL. Portal da Codificação dos GDH - Peso relativo. [Em linha]. [Consultado a 26-11-2013]. Disponível em <[http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Peso\\_relativo\\_dum\\_GDH](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Peso_relativo_dum_GDH)>

PORTUGAL. PORTAL DA SAÚDE - Reavaliação da rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU. 2012

PwC - MoU e programa do Governo: as medidas para o setor da Saúde. [Em linha]. PricewaterhouseCoopers - Assessoria de Gestão, Lda. 2011. [Consultado a 1-11-2013]. Disponível em <[http://www.pwc.pt/pt/saude/images/pwc\\_troika\\_saude.pdf](http://www.pwc.pt/pt/saude/images/pwc_troika_saude.pdf)>

REMOALDO, P. - Acessibilidade Física, Funcional e Económica aos cuidados de Saúde. Guimarães: Universidade do Minho, 2008.

RIBEIRO, J. - Reforma do Setor Público Hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 4 (2004) 64-77

RODRIGUES, D. [et al.] – Áreas de Influência de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa: INE, 2002

ROLAND, M. [et al.] - Outpatient Effectiveness and Efficiency. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, 2005.

RONALD, A.; NEWMAN, J. - Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 51 : 1 (1973) 95-124

SANCHEZ, R.; CICONELLI, R. - Conceitos de acesso à saúde. Ver Panam Salud Publica. 31 : 3 (2012) 260-8

SANTANA, A. – Acessibilidade e Utilização dos serviços de saúde: Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra, 1993. Dissertação de Doutoramento elaborada no âmbito do Curso em Geografia Humana 1992/1993 ministrada pela FL. UC.

SANTANA, R. - O Financiamento Hospitalar e a definição de preços. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 5 (2005) 93-118.

SIBBALD, B. [et al.] - Shifting care from hospitals to the community: a review of the evidence on quality and efficiency. J Health Serv Res Policy. 2 (2007) 110-7

SILVA, J. -Jornadas de Administração Hospitalar – O Acesso aos Cuidados Hospitalares em Portugal. Lisboa: ENSP. 1 (1978)

SIMÕES, J. – Retrato Político da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde – Da Ideologia ao Desempenho. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 972-40-2342-7

STOCK, R. - Understanding health care behaviour; a model, together with evidence from Nigeria. London: Harwood Academic Publishers, 1987

URBANO, J., BENTES, M. Definição da produção hospitalar. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 8 : 1 (1990) 49-60 .

VAZ, I. – Financiar a Saúde: uma estratégia para os desafios do século XXI. In SKED, A. et al - XXI, Ter opinião 2014. Lisboa: Fundação Francisco Manuel Santos. Anual (2013) 134-141

WAN, S.; SOIFER, J. - Determinants of physician utilization: a causal analysis. Journal of Health and Social Behaviour. 15 (1974) 100-112

WHO - A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2004. [Consultado a 12-11-2013]. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_04.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf)>

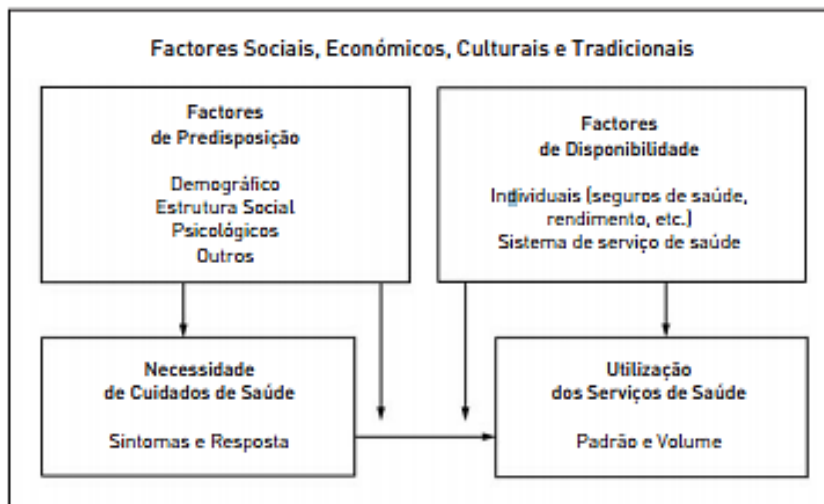
WHO - Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. [Em Linha]. Organização Mundial de Saúde, 2010. [Consultado a 29-10-2013]. Disponível em <[http://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao\\_desigualdades\\_relatorio2010.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf)>

WHO - Relatório Mundial de Saúde: Financiamento dos Sistemas de Saúde. [Em linha]. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde (OMS), 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf)>

WHO - The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.

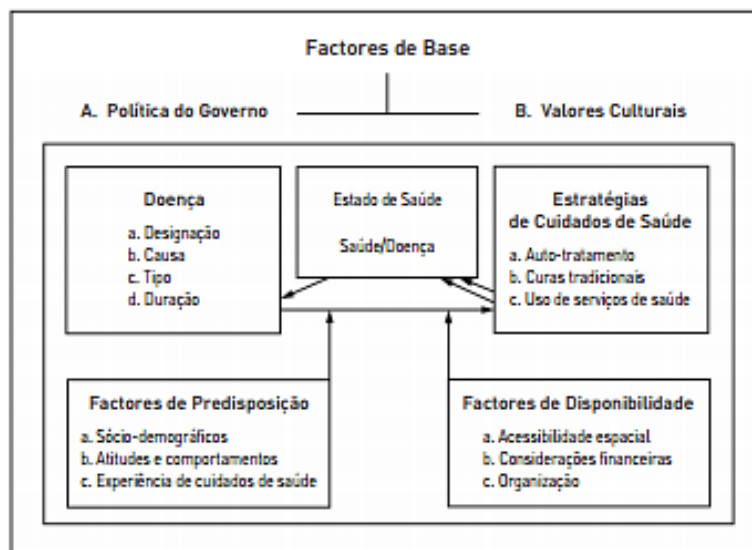
## Anexos

### Anexo I - Modelo de Acesso aos Cuidados de Saúde de Wan e Soifer, 1974



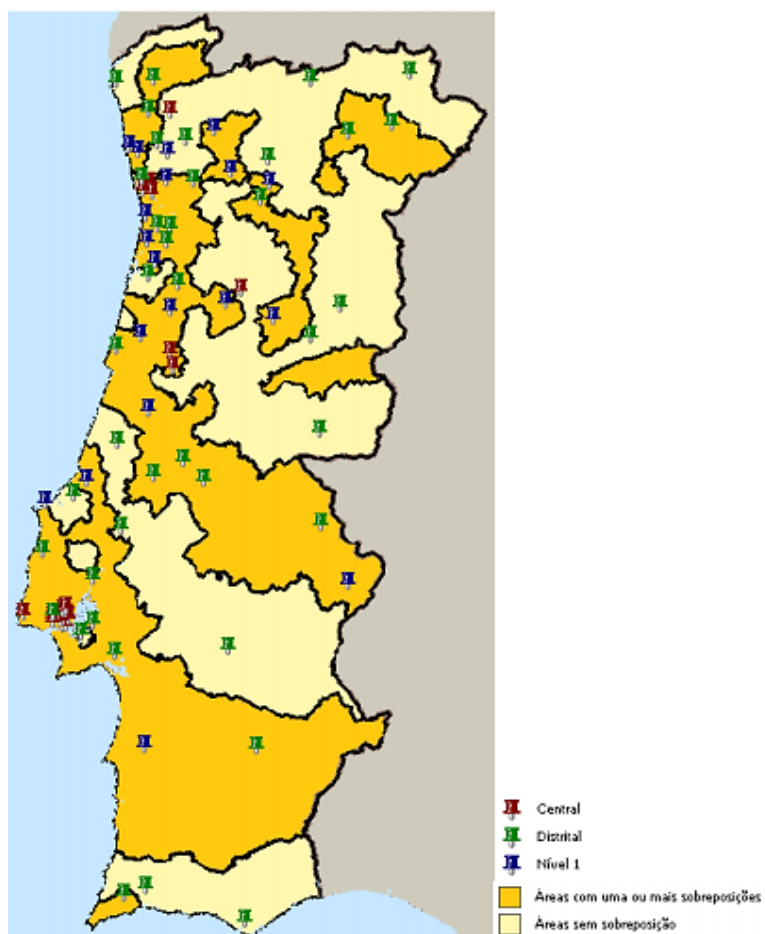
Fonte: Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa, 2008

### Anexo II – Modelo de Acesso aos Cuidados de Saúde de Stock, 1987



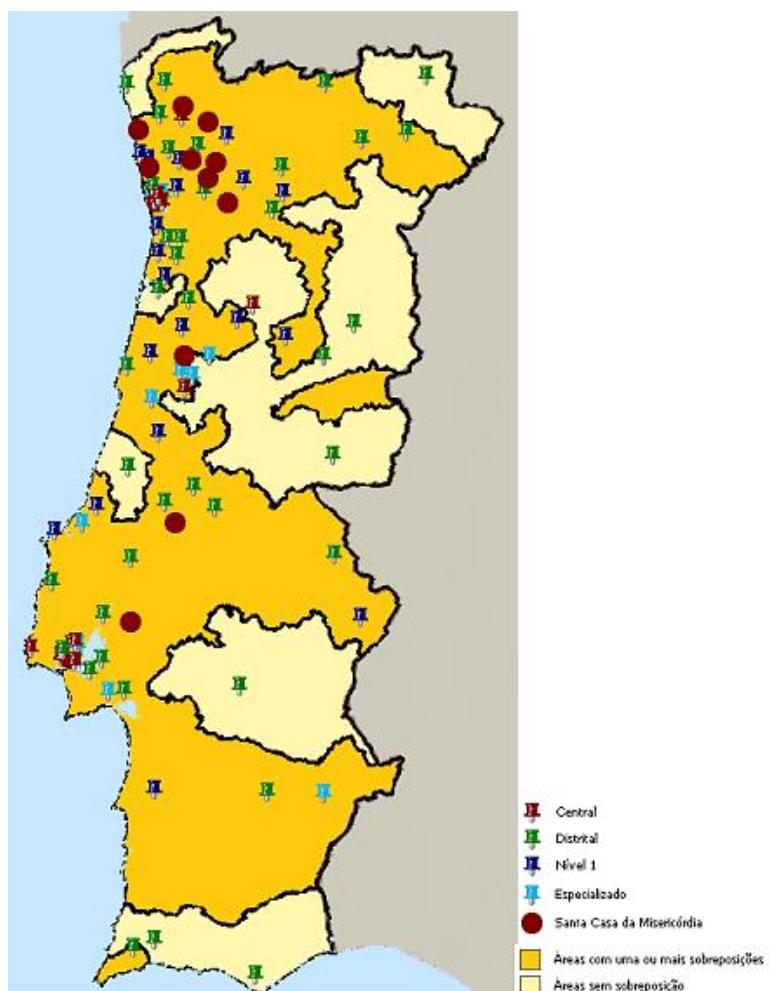
Fonte: Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa, 2008

### Anexo III – Mapeamento dos Hospitais públicos gerais e áreas de influência



Fonte: ERS – Relatório sobre a Rede Hospitalar com Financiamento Público. 2011

**Anexo IV – Mapeamento dos Hospitais da rede hospitalar com financiamento público e áreas de influência**



Fonte: ERS – Relatório sobre a Rede Hospitalar com Financiamento Público. 2011

## Anexo V - Correspondência das novas freguesias com as antigas

Freguesias Novas	Freguesias Antigas		Freguesias Novas	Freguesias Antigas
Santa Clara	Ameixoeira		Santa Maria Maior	Castelo
	Charneca			Madalena
Alvalade	Alvalade			Mártires
	Campo Grande			Sacramento
	São João de Brito			Santa Justa
Lumiar	Lumiar			Santiago
Marvila	Marvila			Santo Estêvão
Olivaís	Santa Maria dos Olivaís			São Cristóvão e São Lourenço
				São Miguel
Parque das Nações				São Nicolau
Ajuda	Ajuda			Sé
Alcântara	Alcântara			Socorro
Benfica	Benfica		Misericórdia	Mercês
Campolide	Campolide			Santa Catarina
Carnide	Carnide			Encarnação
Campo de Ourique	Santa Isabel			São Paulo
	Santo Condestável		Arroios	Anjos
Belém	Santa Maria de Belém			Pena
	São Francisco Xavier			São Jorge de Arroios
Estrela	Lapa		Penha de França	São João
	Santos-o-Velho			Penha de França
	Prazeres		São Vicente de Fora	São Vicente de Fora
São Domingos de Benfica	São Domingos de Benfica			Graça
Beato	Beato			Santa Engrácia
Avenidas novas	São Sebastião da Pedreira		Santo António	São Mamede
	Nossa Senhora de Fátima			São José
Areeiro	Alto do Pina			Coração de Jesus
	São João de Deus			

Fonte: Retrato da Saúde em Lisboa. Junho de 2013

## Anexo VI - Estrutura da população residente por grupo etário, 2011

Território	Grupos etários			Total	%		
	0-14	15-64	>65		0-14	15-64	>65
Grande Lisboa	314 091	1 354 729	373 657	2 042 477	15,4	66,3	18,3
Lisboa Cidade	70 494	346 279	130 960	547 733	12,9	63,2	23,9

Fonte: INE, Censos 2011 - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário;

## Anexo VII - População residente por grupos etários e índices de dependência, 2011

Território	Grupos etários			Índices		
	0-14	15-64	>65	Dependência de Jovens	Dependência de Idosos	Envelhecimento
Continente	1 484 120	6 625 713	1 937 788	22,4	29,2	130,6
Lisboa Região	437 881	1 870 153	513 842	23,4	27,5	117,3
Grande Lisboa	314 091	1 354 729	373 657	23,2	27,6	119,0
Lisboa Cidade	70 494	346 279	130 960	20,4	37,8	185,8

Fonte: INE, Censos 2011 - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário;

## Anexo VIII - Famílias Unipessoais. Percentagem em relação ao total de famílias clássicas; Famílias unipessoais por sexo, 2011

Território	Famílias Clássicas						
	Total	Famílias Unipessoais					
		Total	% das famílias clássicas	Constituídas por Homens		Constituídas por Mulheres	
				Total	%	Total	%
Continente	3 869 188	834 680	22%	309 401	37%	525 279	63%
RLVT	1 476 002	365 133	25%	137 424	38%	227 709	62%
Grande Lisboa	835 653	222 099	27%	82 193	37%	139 906	63%
Concelho de Lisboa	243 892	85 244	35%	29 865	35%	55 379	65%

Fonte: INE, Censos 2011 (Famílias clássicas (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo (representante da família clássica) e Tipo de família clássica (Com base nos núcleos familiares - Censos 2011);

## Anexo IX - Famílias Unipessoais por grupo etário, 2011

Território	Total	Grupo etário							
		> 24		25-44		45-64		> 65	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Continente	834 680	19 859	2,4	195 227	23,4	226 004	27,1	393 590	47,2
RLVT	365 133	8 978	2,5	99 014	27,1	100 399	27,5	156 742	42,9
Grande Lisboa	222 099	6 070	2,7	66 306	29,9	61 261	27,6	88 462	39,8
Concelho de Lisboa	85 244	2 803	3,3	25 197	29,6	20 723	24,3	36 521	42,8

Fonte: INE, Censos 2011



**Anexo X – Distribuição dos Episódios de Urgência, de acordo com o mês de acesso**

Distribuição dos Episódios de Urgência, de acordo com o mês de acesso	Ano de Acesso				Total
	2010	2011	2012	2013	
Mês de Acesso					
Janeiro	27385	34472	31864	18850	112571
Fevereiro	25104	28042	30503	16851	100500
Março	28705	30143	18613	18402	95863
Abril	27549	28848	15835	17518	89750
Maio	30623	31261	18226	18732	98842
Junho	27636	28230	17139	17226	90231
Julho	28154	27458	17633	17901	91146
Agosto	27678	26141	16631	16383	86833
Setembro	28094	26815	16564	16951	88424
Outubro	30850	30640	18255	17507	97252
Novembro	29678	28356	17072	17058	92164
Dezembro	32720	28330	18354	17073	96477
<b>Total</b>	<b>344176</b>	<b>348736</b>	<b>236689</b>	<b>210452</b>	<b>1140053</b>

## Anexo XI – Distribuição dos Episódios de Urgência, de acordo com a hora de acesso

Distribuição dos Episódios de Urgência, de acordo com a hora de acesso	Ano de Acesso				Total
Hora de Acesso	2010	2011	2012	2013	
0	7947	7454	5507	4972	25880
1	5312	5179	3902	3567	17960
2	3799	3834	2956	2671	13260
3	3099	2955	2371	2118	10543
4	2646	2577	1985	1819	9027
5	2516	2550	1872	1639	8577
6	3013	3078	2100	1805	9996
7	5545	6057	3818	3340	18760
8	12188	12808	8222	7029	40247
9	20715	21954	14402	12178	69249
10	25987	26725	18118	15725	86555
11	24592	25278	17297	15282	82449
12	19710	19857	14421	12876	66864
13	18780	19354	13561	12237	63932
14	22512	23339	15900	14365	76116
15	22868	23381	16179	14585	77013
16	20823	21227	14593	13173	69816
17	19135	19369	13006	11818	63328
18	19338	19947	12876	11562	63723
19	18998	19541	12592	11250	62381
20	18847	18503	11993	10755	60098
21	19316	18552	11778	10542	60188
22	15345	14753	9804	8531	48433
23	11145	10464	7436	6613	35658
Total	344176	348736	236689	210452	1140053

## Anexo XII – Primeiras Consultas no Total de Consultas Externas em Unidades Hospitalares do SNS (%), por Região de Saúde (2010)

	1ª consultas/total
Norte	28,9
Centro	29,4
Lisboa e Vale do Tejo	27,6
Alentejo	31,4
Algarve	31,4
Portugal Continental	28,7

Fonte: Plano Nacional de Saúde 2012-2016

